

令和2年度
老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

主治医意見書の作成の効率化等に関する調査研究事業

報告書

みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社

令和3(2021)年4月

目次

第1章	調査研究の目的と方法	1
1.	本調査研究の目的	1
2.	本調査研究の構成と方法	4
3.	事業検討委員会の設置・開催状況	5
第2章	2019年度事業「介護認定審査会委員向けアンケート調査（B調査）」の再集計	7
1.	調査の概要と再集計について	7
2.	集計の結果	7
第3章	分析に用いるデータの収集・整理と保険者間比較	28
1.	提供を受けたデータ内容	28
2.	判定結果や有効期間に関する保険者間比較	31
第4章	主治医意見書における登場頻度の高い語句に関する分析	36
1.	分析内容	36
2.	集計結果	36
第5章	主治医意見書のチェック内容と二次判定における要介護度引き上げとの関係に関する分析	44
1.	分析内容	44
2.	分析結果	45
第6章	主治医意見書のチェック内容と認定期間月数との関係に関する分析	50
1.	分析内容	50
2.	分析結果	50
第7章	結論と課題	53
1.	調査結果	53
2.	主治医意見書の作成の効率化等に向けた取組課題	55
附属資料	介護認定審査会委員向けアンケート調査（B調査）の調査内容	58

第1章 調査研究の目的と方法

1. 本調査研究の目的

要介護認定は、要支援や要介護等の状態にある者が、それぞれの必要性に応じた適切なサービス提供を受けられるようにするために、きわめて重要なステップであり、適切・公正な認定が維持されることが求められる。また、介護保険サービス利用の前提ともなるため、申請後、認定までにかかる日数も重要といえる。

介護保険法第 27 条第 11 項では、原則として、申請してから 30 日以内の被保険者への結果通知を求めている一方、要介護認定申請から認定までの平均期間は、2018 年度時点で 38.5 日であり、30 日を超える審査期間が常態化しているのが現状である。

また、要介護認定には、「認定調査票や主治医意見書を取り揃えて認定審査会に向けた資料の整理を行う保険者」「訪問調査を行い、認定調査票を作成する認定調査員」「主治医意見書を作成する医師」それぞれに事務負担があり、超高齢化社会の中で要介護認定申請が増えることが確実視される中で、それぞれの負担軽減は急務といえる。

このような中、2018 年 4 月からは、「『状態が安定しており、要介護認定等基準時間が要介護度の境界付近にない』等の 1 号被保険者について、有効期間を延長(24→36 ヶ月)する」「コンピュータ判定の結果を審査判定結果とみなすことにつき、認定審査会の包括同意を得るなど、保険者が決定する簡素化手法をとることを可能とする」等の介護認定審査会の簡素化の運用が開始された。

また、2019 年 12 月 27 日の社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」では、要介護認定制度について、「コンピュータ判定に関する分析等により、認定業務の簡素化を図ること」「認定調査の均てん化を更に進めるとともに、ICT や介護関連のデータの活用を検討すること」の重要性が指摘された。

ICT や介護関連のデータの活用という観点から、主治医意見書の作成負担を軽減する方策としては、次のようなものが考えられる。

- | |
|--|
| <p>A: 選択肢式の記載欄に比して記入負担が重いと考えられる語句・文章による記載欄のうち、可能なものを選択肢化(システム上でプルダウン式の入力を可能とすることを含む)する。</p> <p>B: 主治医意見書について、二次判定の結果にほとんど影響を与えていないなど、要介護認定等での活用度の低い項目を削除する。</p> <p>C: 状態が安定している被保険者について、要介護認定の有効期間の延長対象を拡げるか、有効期間をさらに長くすることで、要介護認定審査の頻度を下げる。</p> |
|--|

このような認識の下、2019年度に実施した「要介護認定における特記事項や主治医意見書の活用実態の把握のための調査研究事業」では、下記に示す調査分析を行った。

- | |
|--|
| <p>① 介護保険の保険者に対するアンケート調査によって、主治医意見書の項目ごとの電子データ化の実施状況を把握し、下記のような実態を明らかにした。</p> <ul style="list-style-type: none">◆ 基本情報・一次判定使用項目以外の項目を(一部であっても)テキストデータ化している保険 |
|--|

者は 25%弱にとどまること

- ◆ 「1(1)診断名」以外の、語句・文章による記載欄をテキストデータ化している保険者は 7%程度にとどまること
 - ◆ 約 90%の保険者が OCR 用紙以外の紙媒体での受付(OCR 用紙やオンライン等による受付との併用も含む)を行っており、仮に主治医意見書の全件全項目をテキストデータ化しようとする場合、大半の保険者が、「全件を手入力する」あるいは「OCR 用紙で提出された主治医意見書のみ、可能な項目を機械読み取りにより電子化し、残りの項目や OCR 用紙以外で提出された主治医意見書は手入力する」といった作業を要する状態にあると考えられること
- ② 介護認定審査会の委員に対するアンケート調査によって、認定調査票や主治医意見書の自由記述欄のうち、多くの介護認定審査会の委員が選択肢化が可能と考えている項目を把握し、下記のような結果を得た。
- ◆ 認定調査票の特記事項や、主治医意見書の語句・文章による記載欄(「1(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」及び「5. 特記すべき事項」を除く)を「選択肢化」することについて、過半数の介護認定審査会委員が、「記載の標準化や負担軽減につながる」と回答した。
- ③ 一次判定に使用されない項目についてもテキストデータ化を行っている保険者として、A 広域連合から、主治医意見書の電子データの提供を受け、これを一次判定・二次判定の結果と突合して分析した。得られた主な結果を、下記に示す。
- ◆ 主治医意見書の選択肢項目の中から、二項対立の構造をとる項目(例:「幻視・幻聴」について「チェックあり」と「チェックなし」など)ごとに二群を設定し、「一次判定→二次判定の変更割合」について、二群間の比較を行うと、「様々な医療処置の必要性や身体の機能低下が認められる群の方が、一次判定→二次判定での要介護度の変更(ほとんどの場合が引き上げ)が起こりにくい」という逆転した結果を生じる項目が散見された。

本年度の調査研究事業では、上記の結果を踏まえつつ、下記のような調査分析を行った。

- ① 医師等から見た、主治医意見書のうち「語句・文章による記載欄」の選択肢化等による作成負担の軽減の可能性に対する意見を深掘りする目的で、2019 年度調査で実施した介護認定審査会の委員に対するアンケート調査のうち、特に医師からの回答を中心に、自由回答欄等の再集計を行った。
- ② 2019 年度調査で実施した保険者に対するアンケート調査において、主治医意見書のうち語句・文章による記載欄の中に「テキストデータ化しているものがある」と回答した保険者を中心に、当該データを含む主治医意見書の電子化データの提供を依頼した。
- ③ ②の結果、1 保険者(C 市)から「主治医意見書の「1(1)診断名」について、独自に傷病を類型化してテキスト化したデータ」および、「主治医意見書のスキャンデータ」の貸与を受けた。このうち後者

については、本調査研究事業において手入力によりテキストデータ化した。

- ④ ②の結果、③とは異なる1保険者(B市)から「認定調査票(語句・文章による記載欄のデータなし)」「主治医意見書」「一次判定・二次判定の結果」の各データの貸与を受け、これらのデータを突合して1つのデータセットとした。
- ⑤ A 広域連合・B 市・C 市から貸与を受けたそれぞれのデータは、取得できた情報内容が異なるため、分析に応じて、当該分析に必要な項目が含まれている保険者のデータを集計し、相互に比較を行った。
- ⑥ 上記の分析を通じて、「語句・文章による記載欄において、登場頻度が高く、プルダウン方式等による入力の省力化が見込みやすい語句」や、「二次判定での変更(引き上げ)に影響を及ぼしている可能性が高く、仮に記載欄数の減による負担軽減を図るに当たっても、削除するべきではないと考えられる主治医意見書の記載欄」を把握した。また、「要介護認定の有効月数と、主治医意見書の記載内容との関係」についても、分析を行った。

2. 本調査研究の構成と方法

本調査研究では、下記の構成によって調査・分析を行った。

<p>① 主治医意見書のうち語句・文章による記載欄について、医師等の視点から省力化が可能と考えられる項目や内容に関する課題意識を再整理する。</p>	<p>第2章 ➡ 2019 年度事業の「介護認定審査会委員向けアンケート調査(B 調査)」の語句・文章による記載欄の再集計</p>
<p>② 認定調査票や主治医意見書のデータを分析するに当たり、必要なデータを整備するとともに、保険者間での介護認定審査結果の差異について把握する。</p>	<p>第3章 ➡ 分析に用いるデータの収集・整理と保険者間比較</p>
<p>③ 主治医意見書のうち、語句・文章による記載欄について、登場頻度が高い語句を把握する。</p>	<p>第4章 ➡ 主治医意見書における登場頻度の高い語句に関する分析</p>
<p>④ 主治医意見書のチェックボックスによる記載欄の内容と、一次判定→二次判定における要介護度の変更(引き上げ)との関係を、一次判定での要介護度をコントロールしながら把握し、二次判定に大きな影響を与えた可能性が高い記載欄を抽出する。</p>	<p>第5章 ➡ 主治医意見書のチェック内容と二次判定における要介護度引き上げとの関係に関する分析</p>
<p>⑤ 更新申請を対象に、主治医意見書のチェックボックスによる記載欄の内容と、要介護認定に係る認定期間の月数との関係を把握する。</p>	<p>第6章 ➡ 主治医意見書のチェック内容と認定期間月数との関係に関する分析</p>

また、調査・分析と並行して、主治医意見書のうち語句・文章による記載欄について、登場頻度が高い語句等を勘案しつつ、現行の主治医意見書の様式の改定案を作成し、検討委員会(第1回・第2回)において検討し、委員の意見のとりまとめを行った。

3. 事業検討委員会の設置・開催状況

本事業における調査・分析手法の構築や結果のとりまとめ方、主治医意見書の様式の改定案の在り方について検討する目的で、医療・介護の専門家や有識者からなる事業検討委員会を設置・開催した。

【事業検討委員会委員】

(五十音順、敬称略)

氏名	所属等
江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会 常任理事
笠松 信幸	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常任理事
木下 毅	公益社団法人 全日本病院協会 常任理事
田宮 菜奈子	筑波大学 医学医療系 ヘルスサービスリサーチ分野 教授 筑波大学 ヘルスサービス開発研究センター センター長
中原 孝訓	南部箕蚊屋広域連合 事務局長
早川 安洋	柏崎市福祉保健部 介護高齢課 介護認定係 係長
渕野 勝弘	公益社団法人 日本精神科病院協会 常務理事
松川 竜也	一般社団法人 神奈川県介護支援専門員協会 副理事長

【オブザーバー】

石丸 文至	厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐
鶴澤 智美	厚生労働省 老健局 老人保健課 介護認定係、介護保険データ分析室分析係
島田 那美	厚生労働省 老健局 老人保健課 介護認定係、介護保険データ分析室分析係
畦地 美幸	厚生労働省 老健局 老人保健課

【事務局】

村井 昂志	みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社 社会政策コンサルティング部 主任コンサルタント
羽田 圭子	みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社 社会政策コンサルティング部 主任コンサルタント

委員会の開催スケジュール

日時	検討の内容
第1回 2020年11月9日(月)～ 11月13日(金)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業概要と進め方について ・介護認定審査会委員向けアンケート調査の再集計結果の検討 ・C市における主治医意見書の語句・文章による記載欄の記載内容に関する集計結果の検討 ・主治医意見書作成の効率化に関する委員からの意見聴取
第2回 2020年12月4日(金)	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医意見書作成の効率化に関する委員からの意見と対応策に関する検討 ・主治医意見書の改定案の検討
第3回 2021年2月16日(火)	<ul style="list-style-type: none"> ・C市における主治医意見書の語句・文章による記載欄の記載内容に関する集計結果の検討 ・C市における主治医意見書と要介護認定調査の選択内容の比較及び傷病内容と判定との関係の検討 ・主治医意見書の記載内容が二次判定における変更に与える影響の分析手法の検討
第4回 2021年3月19日(金)	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定や有効期間に関する3保険者間の違いの確認 ・主治医意見書のチェック内容と二次判定における要介護度引き上げとの関係に関する分析結果の検討 ・報告書案の検討

※ 新型コロナウイルス感染症の拡大防止のためメール、WEB 会議等での開催とした。

第2章 2019 年度事業「介護認定審査会委員向けアンケート調査(B 調査)」の再集計

1. 調査の概要と再集計について

2019年度「要介護認定における特記事項や主治医意見書の活用実態の把握のための調査研究事業」(以下、「2019 年度調査研究」と表記)では、介護保険の全1,571保険者を対象とした「保険者向けアンケート調査(A 調査)」を実施し、472 保険者から回答を得た。また、介護認定審査会の委員を対象とした「介護認定審査会委員向けアンケート調査(B 調査)」を実施し、計 1,330 人から回答を得た。

本調査研究では、医師等から見た、主治医意見書の作成負担の軽減の可能性についての意見を深掘りする目的で、上記のアンケート調査のうちB調査の再集計を行うとともに、特に委員のうち医師の有資格者である 295 人の自由回答について、分析を行った。

2. 集計の結果

(1) 審査会委員の保有資格

2019 年度調査研究の B 調査の回答者のうち、「医師」は 22.2%であり、「医師以外」(「医療・福祉分野の公的資格なし」との回答含む、以下本文中において単に「医師以外」と表記)は 77.4%である(図表 1)。医師以外を含む保有資格の回答状況は、図表 2 の通り。

図表 1 回答者の保有資格(医師であるか否か)

保有資格	回答数	割合
医師	295	22.2%
医師以外 (「医療・福祉分野の公的資格なし」含む)	1,029	77.4%
無回答	6	0.5%
合計	1,330	100.0%

図表 2 回答者の保有資格(複数回答)

保有資格	回答数	割合
医師	295	22.2%
歯科医師	85	6.4%
薬剤師	121	9.1%
保健師・助産師・看護師・准看護師	301	22.6%
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	127	9.5%
社会福祉士	202	15.2%
介護福祉士	227	17.1%
管理栄養士・栄養士	11	0.8%
精神保健福祉士	50	3.8%
介護支援専門員	454	34.1%
その他の医療・福祉分野の公的資格	97	7.3%
医療・福祉分野の公的資格なし (都道府県等による認定調査員研修のみ)	20	1.5%
無回答	6	0.5%
合計	1,330	100.0%

※ 「その他の医療・福祉分野の公的資格」の内訳：社会福祉主事、福祉施設の施設長、柔道整復師、鍼灸師等

(2) 主治医意見書の語句・文章による記載欄の「選択肢化」についての考え（記載の標準化や負担軽減につながるか）

ここでは、主治医意見書のうち、以下の5箇所の語句・文章による記載欄のそれぞれについて、「選択肢化」が「記載の標準化や負担軽減につながるか否か」に関する回答結果をみた。

- ＜5 箇所の語句・文章による記載欄＞
- ・ 「1(1)診断名」及び「1(2)症状としての安定性」
 - ・ 「1(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」(以下、「傷病の経過及び治療内容」と表記)
 - ・ 「3(4)その他の精神・神経症状」
 - ・ 「4.生活機能とサービスに関する意見」
 - ・ 「5.特記すべき事項」

① 「1(1)診断名」及び「1(2)症状としての安定性」について

主治医意見書「1. 傷病に関する意見」の「(1)診断名」や「(2)症状としての安定性」のうち、語句・文章による記載欄の「選択肢化」が、「記載の標準化や負担軽減につながる」と回答した「医師」の割合は55.9%であり、「医師以外」の59.2%よりも3.3ポイント低い(図表 3)。

図表 3 主治医意見書の語句・文章による記載欄の「選択肢化」についての考え
—「1(1)診断名」及び「1(2)症状としての安定性」(単数回答)

<回答数>

保有資格	「選択肢化」による効果				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	165	69	58	3	295
医師以外 (「医療・福祉分野の公的資格なし」含む)	609	179	224	17	1,029
無回答	2	0	2	2	6
合計	776	248	284	22	1,330

<割合>

保有資格	「選択肢化」による効果				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	55.9%	23.4%	19.7%	1.0%	100.0%
医師以外 (「医療・福祉分野の公的資格なし」含む)	59.2%	17.4%	21.8%	1.7%	100.0%
無回答	33.3%	0.0%	33.3%	33.3%	100.0%
合計	58.3%	18.6%	21.4%	1.7%	100.0%

② 「1(3)傷病の経過及び治療内容」について

主治医意見書「1. 傷病に関する意見」の「(3)傷病の経過及び治療内容」欄の「選択肢化」が、「記載の標準化や負担軽減につながる」と回答した「医師」の割合は 44.7%であり、「医師以外」の 48.8%よりも 4.0 ポイント低い(図表 4)。

図表 4 主治医意見書の語句・文章による記載欄の「選択肢化」についての考え
—「1(3)傷病の経過及び治療内容」(単数回答)

<回答数>					
保有資格	「選択肢化」による効果				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	132	88	69	6	295
医師以外 (「医療・福祉分野の公的資格なし」含む)	502	190	317	20	1,029
無回答	2	0	2	2	6
合計	636	278	388	28	1,330

<割合>					
保有資格	「選択肢化」による効果				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	44.7%	29.8%	23.4%	2.0%	100.0%
医師以外 (「医療・福祉分野の公的資格なし」含む)	48.8%	18.5%	30.8%	1.9%	100.0%
無回答	33.3%	0.0%	33.3%	33.3%	100.0%
合計	47.8%	20.9%	29.2%	2.1%	100.0%

③ 「3(4)その他の精神・神経症状」について

主治医意見書「3. 心身の状態に関する意見」の「(4)その他の精神・神経症状」の語句・文章による記載欄の「選択肢化」が、「記載の標準化や負担軽減につながる」と回答した「医師」の割合は 56.9%であり、「医師以外」の 53.0%よりも 4.0 ポイント高い(図表 5)。

図表 5 主治医意見書の語句・文章による記載欄の「選択肢化」についての考え
—「3(4)その他の精神・神経症状」(単数回答)

<回答数>					
保有資格	「選択肢化」による効果				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	168	63	59	5	295
医師以外 (「医療・福祉分野の公的資格なし」含む)	545	169	287	28	1,029
無回答	2	0	2	2	6
合計	715	232	348	35	1,330

<割合>					
保有資格	「選択肢化」による効果				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	56.9%	21.4%	20.0%	1.7%	100.0%
医師以外 (「医療・福祉分野の公的資格なし」含む)	53.0%	16.4%	27.9%	2.7%	100.0%
無回答	33.3%	0.0%	33.3%	33.3%	100.0%
合計	53.8%	17.4%	26.2%	2.6%	100.0%

④ 「4. 生活機能とサービスに関する意見」について

主治医意見書「4. 生活機能とサービスに関する意見」の語句・文章による記載欄の「選択肢化」が、「記載の標準化や負担軽減につながる」と回答した「医師」の割合は 59.3%であり、「医師以外」の 56.7%よりも 2.7 ポイント高い(図表 6)。

図表 6 主治医意見書の語句・文章による記載欄の「選択肢化」についての考え
—「4. 生活機能とサービスに関する意見」(単数回答)

<回答数>

保有資格	「選択肢化」による効果				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	175	51	63	6	295
医師以外 (「医療・福祉分野の公的資格なし」含む)	583	163	256	27	1,029
無回答	1	0	3	2	6
合計	759	214	322	35	1,330

<割合>

保有資格	「選択肢化」による効果				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	59.3%	17.3%	21.4%	2.0%	100.0%
医師以外 (「医療・福祉分野の公的資格なし」含む)	56.7%	15.8%	24.9%	2.6%	100.0%
無回答	16.7%	0.0%	50.0%	33.3%	100.0%
合計	57.1%	16.1%	24.2%	2.6%	100.0%

⑤ 「5. 特記すべき事項」について

主治医意見書「5. 特記すべき事項」欄の「選択肢化」が、「記載の標準化や負担軽減につながる」と回答した「医師」の割合は 45.1%であり、「医師以外」の 44.6%よりも 0.5 ポイント高い(図表 7)。

図表 7 主治医意見書の語句・文章による記載欄の「選択肢化」についての考え
—「5. 特記すべき事項」(単数回答)

<回答数>

保有資格	「選択肢化」による効果				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	133	94	64	4	295
医師以外 (「医療・福祉分野の公的資格なし」含む)	459	277	263	30	1,029
無回答	1	0	2	3	6
合計	593	371	329	37	1,330

<割合>

保有資格	「選択肢化」による効果				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	45.1%	31.9%	21.7%	1.4%	100.0%
医師以外 (「医療・福祉分野の公的資格なし」含む)	44.6%	26.9%	25.6%	2.9%	100.0%
無回答	16.7%	0.0%	33.3%	50.0%	100.0%
合計	44.6%	27.9%	24.7%	2.8%	100.0%

⑥ 項目間の比較

主治医意見書のうち、5箇所の語句・文章による記載欄の間で、「選択肢化」が、「記載の標準化や負担軽減につながる」と回答した割合を比較すると、「1(1)診断名及び 1(2)症状としての安定性」の割合が最も高く 58.3%である。次いで、「4.生活機能とサービスに関する意見」が 57.1%、「3(4)その他の精神・神経症状」が 53.8%で、それぞれ過半数となっている。また、「1(3)傷病の経過及び治療内容」は 47.8%、「5.特記すべき事項」は 44.6%と4割台である(図表 8)。

図表 8 主治医意見書の語句・文章による記載欄別の「選択肢化」についての考え

<回答数>

語句・文章による記載欄の箇所	「選択肢化」による効果				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
1(1)診断名・1(2)症状としての安定性	776	248	284	22	1,330
1(3)傷病の経過及び治療内容	636	278	388	28	1,330
3(4)その他の精神・神経症状	715	232	348	35	1,330
4.生活機能とサービスに関する意見	759	214	322	35	1,330
5.特記すべき事項	593	371	329	37	1,330

<割合>

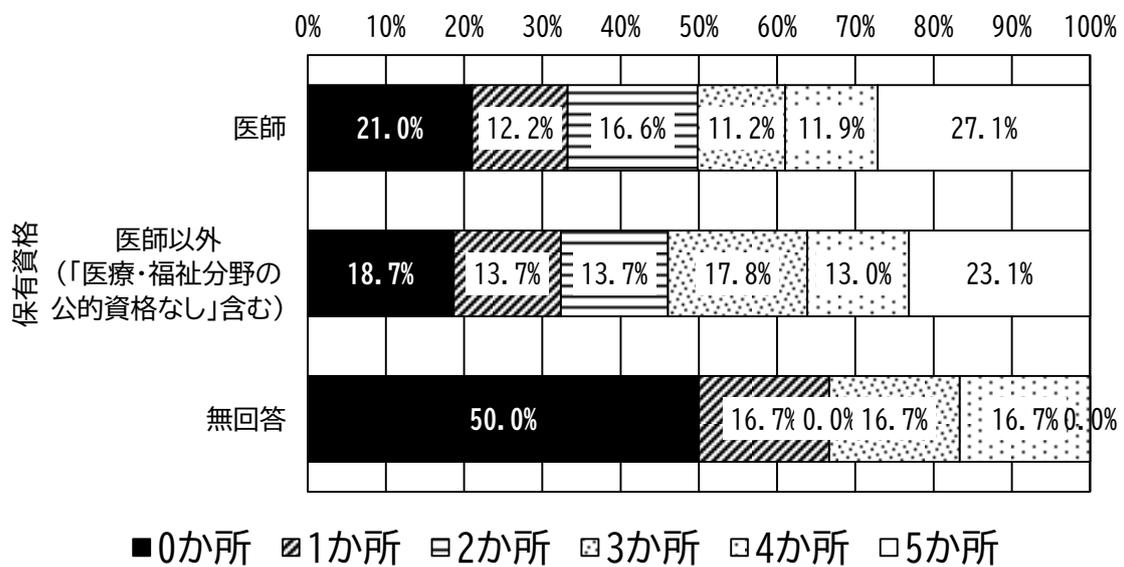
語句・文章による記載欄の箇所	「選択肢化」による効果				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
1(1)診断名・1(2)症状としての安定性	58.3%	18.6%	21.4%	1.7%	100.0%
1(3)傷病の経過及び治療内容	47.8%	20.9%	29.2%	2.1%	100.0%
3(4)その他の精神・神経症状	53.8%	17.4%	26.2%	2.6%	100.0%
4.生活機能とサービスに関する意見	57.1%	16.1%	24.2%	2.6%	100.0%
5.特記すべき事項	44.6%	27.9%	24.7%	2.8%	100.0%

⑦ 「選択肢化」が「記載の標準化や負担軽減につながる」と回答した箇所数

主治医意見書のうち、本章2.(2)の分析対象とした5箇所の語句・文章による記載欄(=「1(1)診断名及び(2)症状としての安定性」・「1(3)傷病の経過及び治療内容」・「3(4)その他の精神・神経症状」・「4.生活機能とサービスに関する意見」・「5.特記すべき事項」)の「選択肢化」について、5箇所すべてに「記載の標準化や負担軽減につながる」と回答した「医師」の割合は27.1%であり、「医師以外」の23.1%よりも4.0ポイント高い。

一方、「記載の標準化や負担軽減につながる」と回答した箇所数が0である「医師」の割合は21.0%であり、「医師以外」の18.7%よりも2.4ポイント高い(図表9)。

図表9 主治医意見書の5箇所の語句・文章による記載欄のうち、「選択肢化」が「標準化や負担軽減につながる」と回答した箇所数



(3) 主治医意見書の語句・文章による記載欄の「選択肢化」についての考え（医師資格を有する委員による自由回答欄の主な記載内容）

① 「1(1)診断名」及び「1(2)症状としての安定性」について

主治医意見書「1. 傷病に関する意見」の「(1)診断名」や「(2)症状としての安定性」のうち、語句・文章による記載欄の「選択肢化」が、「記載の標準化や負担軽減につながる」とする肯定的な意見の背景や具体的内容としては、生活機能の低下や介護に関連した傷病名・状態に関する記載の標準化を期待する旨の意見が多くみられる。

「記載の標準化や負担軽減につながらない」とする否定的な意見の背景や具体的内容としては、選択肢が多くなる旨の意見や、多様な記載が困難となる旨の意見が多くみられる(図表 10)。

図表 10 主治医意見書の語句・文章による記載欄の「選択肢化」について
「記載の標準化や負担軽減につながる/つながらない/わからない」とする背景や具体的内容
—「1(1)診断名」及び「1(2)症状としての安定性」(自由記述)

◆【標準化や負担軽減に「つながる」とする回答】

回答内容(「診断名」の選択肢化を可能であるとする意見)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 病名は多く選択肢設定は難しいが、大枠を決めればできる。 ➤ 自由記述で補えば選択肢化は可能 ➤ 病名に関してはあるかないかで判断できるものなので省略化で負担軽減や標準化は可能と思われる。 ➤ 診断名でなく、介護が必要となった病態として、脳血管疾患、運動器疾患、循環器疾患、認知症などとグループ化することは可能かもしれない。 ➤ 電子カルテで主治医意見書を作成する場合、診断名は、電子カルテの病名を選択し入力可能なので。
回答内容(「症状としての安定性」の選択肢化を可能であるとする意見)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 診断名の選択肢化はかえって選ぶのが面倒で煩雑になると思うので自由記載でよいと思うが、「症状としての安定性」の部分はある程度選択肢を設けてもよいと思う。 ➤ 診断名の選択肢化は難しいが、「安定/不安定」は可能と思われる。
回答内容(「診断名」の選択肢化に伴う負担軽減)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 電子カルテに対応した ICD 対応の診断名であれば負担軽減につながると思う。 ➤ 選択肢がある方が記載が楽だし、自由記述も可能であれば記載内容が個々の事情を意見書に反映できるから。 ➤ 高齢になると、介護サービスを使う理由がいくつかに絞られてくるため、選択肢化は合理的と思われる。最初は、想定される幾つかを設け、導入してから選択肢の再選定をするのがよいと思われる。

回答内容(「診断名」の選択肢化に伴う記載の標準化)

- 主病名を書いていない意見書が多々あるので。
- 診断名と主病名は別物であり、認知症のため日常生活が困難であれば診断名は認知症であり、合併する高血圧症や糖尿病の診断名は特記事項に入れるのが良い。癌末期であれば、診断名は癌末期であり、認知症などは特記事項に記載すべきである。
- 一番問題なのは、認知症を診断名に記載していないこと、症状のみ(時に慢性便秘のみ)の記載が多く、介護認定を必要とする重要な記載があまりにも少なく、乱雑である。
- 認知症やフレイル、ロコモの症状がありながら、その症状の主治医でないという理由で診断名の記載がされていないことが多い。何らかの方法で、適切な診断名が傷病に関する意見に反映させる工夫が必要である。
- 選択肢化による診断名の絞り込みで、調査員等に対する教育が修正、進歩する可能性がある。現状では記載医師が担当科の病名を記載しているだけで、評価には意味が乏しいこともある。
- 主治医はどうしても医療的治療をしている病名を主に記載する傾向があり、自分の専門でないが介護面で重要な病名「認知症」「軽度認知障害」「脳梗塞後遺症」「腰椎脊柱管狭窄症」「腰痛症」「膝関節症」「圧迫骨折」「片麻痺」「筋力低下」「高次脳機能障害」「末期がん」などが省略される傾向がある。選択肢として挙げるものが該当するかを問うことによってこれらの抜けが無くなる可能性が高い。
- 疾患病名のみでは重症度が規定されず、重症度に直結しないため誤解が生じにくいこと。病名は医学的に規定されており選択肢に登録しやすいことがメリットである。
- 一番上に記載すべき診断(特定疾病や生活機能の直接の原因となっている傷病名)がっていないことが多いので、少なくともその部分はそれに相応する病名をプルダウン化させたほうが良く、最上段は診断名1ではなく「特定疾病や生活機能の直接の原因となっている傷病名」などとした方が良い。
- 主治医によっては、自らの専門分野のみしか見ず、意見書作成に不適當と思われるケースが多く、主治医の意見書自体の位置付けの見直しが必要と思われる。意見書作成のガイドラインを知らない医師が多いようである。

回答内容(「症状としての安定性」の選択肢化に伴う記載の標準化)

- 症状としての安定性、の意味をよく理解周知いただいていないと感じることが多いから。よく、今後ゆっくり悪化していく(だから不安定)、といった記載があるが、それは誰でもそうであり、今後リハビリなどによって改善していく(介護度がよくなっていく)際に不安定と書くのが本来と思うので。もっと誤解されにくい選択肢や記載事項にすべき。
- 不安定の意味を取り違えていることが多い。(例)歩行が不安定など
- 病状不安定に関して、もう少し限定的に、短期間での悪化の可能性があるかどうかを問うべきと考える。骨折等でリハビリにより改善の可能性があるものでも受傷日数が浅いため不安定とされている場合も多く、改善見込みにより分けて聞いたほうがよいと思う。
- 安定性についてはわかりにくい部分があるため、選択肢化をすると間違えにくくなるのではないかと思う。
- 症状としての安定性は、内容を誤解している医師も多いことから選択肢化したほうが良い。
- 症状としての安定性に関し選択肢化は記入する側、審査する側双方にとって負担軽減、標準化のメリットがあると考えられる。
- 状態の安定、不安定に関しては①慢性の変性脳疾患(アルツハイマー、レビー小体、パーキンソンなど)の場合、基本的には緩徐であるから「安定」である。特記に進行の早さの有無をチェックすればよい。②骨折の直後の状態不安定や、肺炎、心不全などによる入院中の状態の不安定に関しては、安定であることはありえないから、自動的に「不安定」でよい。
- 症状の安定性についての記載がない意見書が多いので、医学的な安定性について審査会で判断に困ることがあるので、有用と思われる。

回答内容(望ましい選択肢化の在り方)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 今まで記載された上位内容 5 項目程度を選択肢化。 ➤ 予後や重症度を選択出来ると良い。 ➤ まれな病名まで登録すると膨大な数になりかえって混乱を招くため、何か工夫が必要。 ➤ 認知症、フレイル、ロコモティブシンドローム、サルコペニアの診断名があった方が分かりやすい。 ➤ 診断名を ICD-10 に基づいたものにして貰う。

◆【標準化や負担軽減に「つながらない」とする回答】

回答内容(「診断名」の選択肢化が負担軽減につながらないとする意見)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 診断名はカルテからの記載になっており、プルダウンメニューにすることは、選択肢が ICD-10 と同様数要することになる。 ➤ 電子カルテで主治医意見書を作成する場合、診断名は、電子カルテの病名を選択し入力可能なので。 ➤ おそらく選択肢が不十分か、逆に増えすぎるかと思う。問題は、負担軽減よりも、記載の丁寧さや正確さ、わかりやすさをいかに確保するかだと思う。
回答内容(「症状としての安定性」の選択肢化が負担軽減につながらないとする意見)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 現状では症状としての安定性の項目で不安定の場合のみ自由記載しており、それが問題視されることは多くなく、負担軽減にもつながらない為。
回答内容(多様な記載を求める意見)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 病態は同じ疾患でも状態が異なるので、主治医が自由に記載すべきであると思う。 ➤ 急性期と慢性期の判定時期で同じ病気でも安定性が違うと判断される。 ➤ 詳細な記載がなければ、とくに要介護 1 の判定に必要な「不安定」の状態であるかの判断に困ることになるので、「選択肢化」には反対である。 ➤ 「(1)診断名」や「(2)症状としての安定性」に記載する内容は、選択肢化できるほど画一的ではないと考えるため。 ➤ 自由記述欄は介護認定へのアピールする場所であり、空欄や1行のみである場合は認定審査の結果に反映すると思われ、主治医はきちんと記述すべきである。 ➤ 選択肢にできない情報こそが、介護認定審査会で必要とされることなので却って弊害のほうが大きいと判断する。 ➤ そもそも診断名を「選択肢化」すること自体あり得ない。意見書の診断名は介護に関する制約があるものの、医師の裁量で決定すべきである。大変愚問と思う。反って混乱し、本末転倒となる。絶対あってはならない。また「症状としての安定性」も選択肢にする意味がわからない。意見書を書く医師への制約だけである。ただ統計処理に有用というだけの標準化はやめてほしい。医師の負担が増え、さらに正しい意見書でなくなる。
回答内容(その他の意見)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 主治医によっては、自らの専門分野のみしか見ず、意見書作成に不適當と思われるケースが多く、主治医の意見書自体の位置付けの見直しが必要と思われる。意見書作成のガイドラインを知らない医師が多いようである。 ➤ 現行でよい。 ➤ 何を書くべきか、理解していないため。主治医が介護についてすべて把握している現状も義務もない。

◆【標準化や負担軽減につながるか「わからない」とする回答】

回答内容(メリットとデメリットの両面の指摘)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 選択肢があることで、選ぶ手間ができるかもしれない。一方で、介護が必要になった原因がきちんとかけていない現状では、選択肢の中から選ぶことで、統計を取りやすくなる期待が持てる。 ➤ (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)の欄はなくした方が良いと考えてきた。次の「(3)生活機能低下の直接の～」の欄に記載すれば良いと考えるので。 ➤ 診断名については標準化になるが、症状の安定性については選択肢化することで標準化や負担軽減にはなるかもしれないが、微妙なニュアンスの違いが消されてしまう可能性がある。 ➤ 選択肢化するより記載した方が速い。 ➤ どのような科の医者であっても記載可能となっているため、専門科以外の疾病が生活機能低下の直接原因となっている場合もあり、ときに調査票以上にバラつきや熱意の差が露呈してしまう現状は、実に情けないほどの問題であると思われる。多忙な合間を縫っての仕事ではあることは、理解できなくもないが、認定審査会に参加したことのない医者は、主治医意見書がどのように使用されているかすら知らされておらず、こういった現状は、介護認定制度システム自体の抱える根本的な問題であると思われる。意見書の標準化は、最優先されるべき課題であると考えとともに、結局は調査票からのデータを数値化されたものが、介護度の指標の主体であり、意見書は極端な場合、診断名さえあればといった、そもそもの発想自体が改善されなければ、解決しない問題であるかもしれない。そして、ときに数値化はひとり歩きをしている感も拭えず、変更しようと認定会議で項目を追加しても、むしろ介護度が下がったりすることもあるが、なぜ下がったのか、コンピュータだけが知っているという本質的な問題も孕んでいる。本来標準化したい診断名だが、疾患が多岐にわたり、専門的な場合もあるため、選択肢化は困難であると思われるが、有効な手立てがないとは言えないのかもしれない。
回答内容(「診断名」と「症状としての安定性」とで判断が分かれる)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 「病状としての安定性」の定義をそもそも誤って解釈しておられる先生方が結構多いため、そのような場合は結局自由記述欄で誤った解釈での安定性を記載されると考えられる為、そういった事の研修がないと標準化にはつながらないかと思う。診断名に関しては負担軽減にはなると思う。 ➤ 「診断名」については「つながらない」。診断名が多すぎて選択にかえて時間がかかる。「症状の安定性」については「つながる」。不安定の理由はおそらく選択肢が少なく有用と考える。 ➤ 症状としての安定性については、記載内容が多彩である場合多く、選択肢化は難しい、と思われるため。
回答内容(その他の意見)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 特殊な病名は記入できるようにすべき。 ➤ 傷病に関しての選択肢は介護申請に至った病名を記載していないこともある。内科的な背景因子をよみとれるかどうか。また、病気として不安定なのか介護を受けるにあたり不安定なのかも伝わるだろうか。

② 「1(3)傷病の経過及び治療内容」について

主治医意見書「1. 傷病に関する意見」の「(3)傷病の経過及び治療内容」欄の「選択肢化」が、「記載の標準化や負担軽減につながる」とする肯定的な意見の背景や具体的内容としては、ADLや認知症に関連した経過や治療内容に関する、記載の標準化を期待する旨の意見が多くみられ、中にはがんや骨折など、傷病の種類に応じた記載の標準化への言及を行っているものもある。

「記載の標準化や負担軽減につながらない」意見の背景や具体的内容としては、そのほとんどが、書くべき内容が多様であり、選択肢化になじまない旨の指摘をしているものである。

なお、投薬内容については、肯定的意見・否定的意見の双方に、より簡素な記載を許容すべき旨の記載がみられる(図表 11)。

図表 11 主治医意見書の語句・文章による記載欄の「選択肢化」について
「記載の標準化や負担軽減につながる/つながらない/わからない」とする背景や具体的内容
—「1(3)傷病の経過及び治療内容」(自由記述)

◆【標準化や負担軽減に「つながる」とする回答】

回答内容(選択肢化を可能であるとする意見)
<ul style="list-style-type: none">➤ 病名が多く、複合的要因も多いので選択肢設定は難しいが生活機能の低下の理由に限定すればできる。➤ 使われる病名はある程度限られている。➤ 毎回テンプレートを使用している。➤ 自由記述欄の記入のまれ・ばらつきを少なくするなどの「標準化」や、記載頻度が高い内容を逐一文章で書くことを避ける「負担軽減」ができると思われる。
回答内容(選択肢化に伴う記載の負担軽減)
<ul style="list-style-type: none">➤ 選択肢を審査認定に直に役立つものにすればお互いに負担軽減になるかと。

回答内容(選択肢化に伴う記載の標準化)

- 現在の状態(内服薬も含む)がわかって良い。
- 悪筆で判読困難となる事の回避。記載内容が余りに乏しく、参考とし難い事も多い。処方箋のコピペしかされていない意見書も多い。
- 標準化することによって介護の必要度が見えてくる。
- 余計なことを書きすぎる、直接介護認定を希望する人たちの真の目的を理解していない記述が多すぎる。
- あまり介護認定に参考にならない記載のみで肝心の ADL に関する内容などの記載がない意見書も多く、普段の ADL や介護度、認知症に関する記載などが選択肢化できれば最低限の状況把握にはつながり、判断材料としての意見書の有用性が高くなると思う。
- 記入がお粗末のことが多い。設問の意味を間違えて解釈して、最近 6 か月のことだけ記載してあることが多い。(例 1)前回と著変なし (例 2)特に変わらず など。以前からの状態を少しでも記述していないと心身の状態が分からない。投薬内容は大部分の意見書で記述なし。
- 主治医意見書も、優先的に記載されるべき病名などが先に来なかったり、記入のされ方がバラバラなので、選択肢化されると、統一性がでて良いと思う。
- よく書かれる疾患、例えば癌、骨折、認知症、麻痺等に関しては生活の中でできること、できないことについての評価はある程度決まってくると思うので、疾患を選んで選択肢化したらよいのではないかと思う。
- 症状に日内変動等ある場合は医学的観点からの情報が欲しい。投薬内容については記載してもあまり役立っているとは思われないので、治療内容のみとした方が負担軽減となる。
- 審査会資料として読む立場でいえば、細かすぎる専門的な記載で審査に直接関係のない内容も少なくないため、最低限これは記載すべきという選択肢があるとよい。
- 背景疾患が脳卒中や変性症、骨折や脊柱管狭窄症、すべり症などの整形外科的疾患、老人性うつ病や統合失調症、アルコール中毒などの精神科疾患などは、ADLに直接影響を与えるので、チェックできるようにすれば、効率的。内科的疾患は重症糖尿病のみ。外科的な癌に関しては、病期、治療歴、治療効果の欄が必要。
- 意見書の記載の中で最も大切な部分であるものの、十分な記載がされていない意見書が散見されるため、必要な情報を選択肢として作るとは、標準化の上で有用と考えられる。
- 生活機能低下の原因となっている傷病名ではない記載があるため。
- 介護保険の認定審査を創設期から継続して加わってきた者だが、意見書について思うことは、介護が必要になった経緯の詳記がきちんとしているものと、不十分なものとの差が大きくなっている。筋骨格系は概況や調査員の記載から判断できるが、内科的な疾病の場合、調査員には ADL の低下の判断が困難な場合が十分にありうると思われる。内科的疾患がある場合に限り、一部に定型的な選択項目があってもいいのではないかと思う。
- 設問に直接関連しないが、せっかく書かれた詳記の文字が読み取れないことがある。かかりつけ医の先生の電子化を調査されてみてもらいたいが、記載をそろそろデジタル化の強化を図ってはどうかと思う。
- 認知症の有無や、フレイル、ロコモの有無や程度について必ず記載させる必要がある。
- 調査票の内容と突合して判断する際に、主治医意見書の記載医師が認知症や神経疾患等について「存在しない」のか「確認していない」のか「知らない」のかを明確にする必要がある。

回答内容(その他の意見)

- 「病状の安定性」とひとくくりにしてよい。
- 認知症の投薬が行われているかで十分と思われる。
- 投薬の容量・薬剤数の妥当性が判る内容にしてほしい。
- 最近の入院歴の有無、内服等で変化がない状態が続いているかどうか。
- 標準化や負担軽減にはなると考えるが、自由記述でなければどうしても伝えたい内容が反映されない危険があり得る。
- 主治医意見書の持っている意味は、「(1)診断名」に記載した疾病・傷病名の経過を時系列で記載して、介護の手間が必要になってきた状況を時間の流れの中で理解できるようにするためのものと理解してきたので。

◆【標準化や負担軽減に「つながらない」とする回答】

回答内容(選択肢化が負担軽減につながらないとする意見)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 医師側の知識不足によって混乱が生じる可能性がある。医師側の負担が増強する可能性がある。
回答内容(詳しい記載を求める意見)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 主治医の患者についての認知機能障害に対する理解度や知識にバラつきがあるため、選択肢化によって情報が病状を反映しなくなる可能性がある。 ➤ 個人差が非常に大きい部分なので、選択肢化は難しいのではないかと。よい選択肢があれば可能かもしれないが……。 ➤ 経過と治療内容は、個々の症例によって全く異なり、選択肢を設けたり、プルダウンメニューによる回答がそぐわないと考えられるため。 ➤ ここでの記載が判定に大きくかかわるので、しっかり記載していただくのが重要で、選択肢化では済まされないとと思う。 ➤ 電子カルテで主治医意見書を作成する場合、投薬内容は、電子カルテの処方を用いるので、そもそも経過や処方内容の選択肢化は可能なのだろうか。更新の場合、経過について「変わりなし」はあるかもしれないが…。「変わりなし」であればプルダウンメニューからの入力と手間は変わらないと思う。 ➤ 一般に経過が相当に複雑であるため。 ➤ 病歴や疾病の状態については、自由記載の方が、患者さんの状態を把握しやすいと思われる。記入を選択肢化するといっても膨大になるのではないかと。意見書のどこに記載するのだろうか。審査員としては、不要な記載が増えて、読み込むのに時間がかかり負担を大きく感じるのではないかと。 ➤ 疾患の経過や現状の詳細が記載されていなければ、介護の手間の判定に活かすことができない。とくに要介護 1 の判定に必要な「不安定」の状態であるかの判断に困ることになるので、「選択肢化」には反対である。 ➤ 病名、投薬内容は多岐にわたり、罹患疾患を可能な限り把握し、その内容を総合的に評価する必要があると考えるため。 ➤ 「選択肢で書き切れない場合の自由記載可能」とは、甚だ現実離れした設問である。むしろ記載が少ないのが現実である。これは逆に確固たる「記載医師の意志」である場合が多い事を理解してほしい。これを読み解くべきである。書き切れない程の多くの内容は読み手に負担をかける。これは慎むべきである。医師が主治医意見書を理解してれば、簡潔明瞭に書ける能力は必ずある。それをそうさせない仕組みに問題がある。一方で「選択肢化」というのは、この設問には全くそぐわず愚問である。もっと医師に主治医意見書の意義を周知徹底すべきである。ただそれに関心のない医師は主治医意見書を書かなければ良いだけである。それ以外の医師が書く仕組みを作る様にすれば良い。医師以外の審査員も多少内容が専門的でもあきらめず、調べ理解する努力も必要と思う。 ➤ 詳細を詳しく委員会へ伝えるべきである。投薬内容は認知症薬の有無程度でいいのではないかとと思われる。 ➤ 投薬内容を書く理由が不明。治療内容は投薬・生活指導・栄養指導・リハビリ程度で十分。具体的な状態について自由記述で書かれている方が、状態像が把握しやすい。細かな選択肢を選択できるほど、主治医は状態を把握できていない。状態を把握するのは調査員の役目である。 ➤ 経過は複雑であり、選択肢化は困難。記入漏れをなくするためには、身体機能、認知機能、投薬の項目を設けて記載することが必要か。ただし、投薬に関しては、生活の安定や介護に関連する薬に限定し、福祉系の委員でも理解できるように、商品名ではなく治療している疾患名(高血圧症など)の選択肢は検討すべきかもしれない。

◆【標準化や負担軽減につながるか「わからない」とする回答】

回答内容
<ul style="list-style-type: none">➤ 自由記述欄に選択肢を入れる必要があるのか？主治医意見書の根幹の記載ではないかと思うので。➤ 選択肢化を実施しても、自由記述も併せて記入がないと、評価が難しいことも多く、負担の軽減につながるかは不明である。➤ この内容については各ケースのばらつきが大きいと考えるから。➤ 症状経過は症例によって違うため、ポイントを主治医がまとめて記入してくれた方が審査において有用と思う。➤ 在宅医療に影響を及ぼす疾病に関して、発症日、経過、検査、治療、現在の様子、最近の変化などについて項立てをすることは記載を促しやすいが、対象疾病が多いため、具体的な経過まで類型化が難しいのではないかと考える。➤ 生活機能低下の原因となっている傷病または特定疾患としては、標準化は可能かもしれないが、経過や投薬内容は多彩であり、記入する医師により異なる。➤ 選択肢が増えると対象者の情報が豊富になるが、たくさんのケースが有り判読に手間がかかるかもしれない。➤ 医師の記載方法によると思うが、投薬内容は意味がないような気がする。➤ 特記事項と内容が重複することがある。➤ 重視していない。➤ そもそもこの欄は不要と思う(古いもののコピペも多い)。➤ 作り方が想像できないので記入の標準化や負担軽減になるか否かわからない。

③ 「3(4)その他の精神・神経症状」について

主治医意見書「3. 心身の状態に関する意見」の「(4)その他の精神・神経症状」のうち、語句・文章による記載欄の「選択肢化」が、「記載の標準化や負担軽減につながる」とする肯定的な意見の背景や具体的内容としては、(他の欄と比べても)標準化・選択肢化が容易である旨の記載や、(一般診療科の医師が記載する場合等において)選択肢化を通じて記載の標準化や内容の充実・詳細化を図るべき旨の記載が多くみられる。

「記載の標準化や負担軽減につながらない」とする否定的な意見や、「つながるかわからない」との意見の背景や具体的内容としては、記載自体が少ない旨の記載がみられる(図表 12)。

図表 12 主治医意見書の語句・文章による記載欄の「選択肢化」について
「記載の標準化や負担軽減につながる/つながらない/わからない」とする背景や具体的内容
—「3(4)その他の精神・神経症状」(自由記述)

◆【標準化や負担軽減に「つながる」とする回答】

回答内容(選択肢化を可能とする意見)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 介護認定において必要な最低限の項目は伝えられるから。 ➤ バリエーションが多岐に渡るとも思えないので選択肢化は良いと思う。 ➤ 従来通りの記載も可能なら選択肢にしても良いと思う。 ➤ 「(4)その他の精神・神経症状」の自由記述欄は、症状名記載となっており、限定した選択肢を設けたり、プルダウンメニューによる回答の選択が可能と思われるため。 ➤ ここは標準化しやすい項目だと思う。 ➤ 1(3)や5の欄でしっかり記載してもらえれば、この欄は選択肢化ができると思う。 ➤ 比較的単純な質問項目なので、プルダウンメニュー向きである。
回答内容(選択肢化に伴う記載の負担軽減)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 頻度として精神・神経症状の記載は認知症が圧倒的に多いと思われるが、中心症状以外の項目の記載に選択肢があった方が初回の記載が容易になるのではと思われる。 ➤ 自由記述欄の記入のもれ・ばらつきを少なくするなどの「標準化」や、記載頻度が高い内容を逐一文章で書くことを避ける「負担軽減」ができると思われる。 ➤ 精神科医師以外には、認知症以外の精神疾患は直接関与しないことが多く、主な精神疾患を挙げて選択することは助けになるとと思われる。日常生活に影響の多いものを選択肢に上げることが重要。 ➤ 専門医に紹介することが望ましい症状を標準化して選択肢にさせていただくと参考になる。 ➤ 精神科疾患を合併している場合は、記載の負担が軽減される。 ➤ 精神・神経症状に限られており、選択肢化が比較的容易であり、負担軽減につながると考える。
回答内容(選択肢化に伴う記載の標準化・信頼性の向上)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ ケアマネジャーが記載した調書と指示意見書との乖離があまりに大きすぎる。多くは主治医が作成時点で、認定を希望する人(本人)をよく診察しているか、疑問が大きい。 ➤ 認知症に関する評価は前項で行っているなので、この項に関しては精神科や神経内科以外の科で、おそらく正確に評価できる方は少ないのではないかと思う。なので、選択肢を提示することで他科の先生も評価基準がわかり、ばらつきが少なくなり、この項のある意義が出てくるのではないかと考える。 ➤ 必要な情報の記入漏れの防止につながる。 ➤ 選択肢化しないと書き忘れが多くなりそうな印象。 ➤ どのような精神・神経症状が問題になるのかを、多くの医師は認識していない。あるいは面倒なので記載しない。

回答内容(選択肢化に伴う記載の詳細化)	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ この項目は重要であり、失見当識、失認、失行、うつ状態などを記載して、さらにそれぞれの状態を詳しく記載するべきである。失見当識であれば、施設入所しているのが分からない、昔住んでいた自宅から転居して息子夫婦と同居しているのが分からないというように記載出来るスペースが必要である。失行であれば食事の自力摂取が出来ないが介助があれば摂取出来るとか。うつ状態であれば、無気力で一日中ベッドやソファで寝ているとか、食事を取るのも億劫になっているとかを記載する。 ➤ 介護にかかわる精神・神経症状について理解していない記載がある。また、この記載が非常に乏しいことも問題である。 ➤ 程度の重症化分類が必要。 ➤ 精神症状の判定はより専門性が求められる内容であり、一般診療科の先生方にとって選択肢があった方が記入しやすいのではと思う。 ➤ この項目に専門医受診の有無を記載する欄があるので、流れからするとその他の精神・神経症状を認知症以外の精神疾患ととらえてしまい、記入の手引きに記載しているような失語・構音障害・傾眠傾向等にはつながらないので、選択肢化したほうが良い。 ➤ 具体的な精神神経症状がある方がわかりやすい。 	
回答内容(その他の意見)	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 話は少しずれるかもしれないが、当方は精神科だが、その他の精神・神経症状で何科でみてもらっているか、が、もしあれば、当科と書いたり精神科と書いたりするが、認知症のみなどの場合は無しにする。加えて、最初のほうにある他科受診の有無でも、精神科以外の科にチェックを入れる。そうなると、書いている医師が何科担当なのかが反映される場所が無く、たとえばその人が精神科にかかっているのかどうか分からないということが発生する。何科にかかっているかが全部わかりやすくなるように改定してほしい。 ➤ 意見書の意図するところが明確化になってよい。 ➤ 通常、記入されていない。不要な項目。 ➤ 調査員による書面で行動心理症状は把握できると思う。 	

◆【標準化や負担軽減に「つながらない」とする回答】

回答内容	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 精神・神経症状は無いことが多いから。 ➤ あまり記載することがない。特殊な場合に限るので選択肢にしなくてもよい。 ➤ 精神神経症状に関する情報が少ないケースが多く、選択肢を設けても標準化とはならない。 ➤ 精神症状は介護される状況でかなりの変動があり、標準化するのは困難だと思う。 ➤ 精神症状等の詳細が記載されていなければ、介護の手間の判定に活かすことができない。とくに要介護 1 の判定に必要な「認知機能低下」「不安定」の状態であるかの判断に困ることになるので、「選択肢化」には反対である。 ➤ 細かな内容については、主治医も把握しきれない場合も多いようで、基本調査の特記事項で捕足する現在の方式で問題は感じていない。 	

◆【標準化や負担軽減につながるか「わからない」とする回答】

回答内容	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ あまり記載したことや、記載があったものを見たことが無いため。 ➤ 精神・神経症状は日によって変化するので選択肢化は難しいと思う。 ➤ 精神神経症状を把握し診断できること(例えば失認と失行の違いなど)が一般的な医師において簡単とは思えないので、この項目は不要と考える。 ➤ 選択肢が多くなるのでは。記述するのが「症状」なのか「病名」なのか曖昧。症状とすると記載頻度が高い内容の全体に占める割合が小さくなるのでは。 	

④ 「4. 生活機能とサービスに関する意見」について

主治医意見書「4. 生活機能とサービスに関する意見」のうち、語句・文章による記載欄の「選択肢化」が、「記載の標準化や負担軽減につながる」とする肯定的な意見の背景や具体的内容としては、「記載内容が限られているため選択肢化が可能」との意見や「選択肢化により記載漏れが防止できる」旨の意見が多くみられる。

「記載の標準化や負担軽減につながらない」とする否定的な意見の背景や具体的内容としては、「活用度が低く、削除自体を検討してはどうか」との意見がみられる(図表 13)。

図表 13 主治医意見書の語句・文章による記載欄の「選択肢化」について
「記載の標準化や負担軽減につながる/つながらない/わからない」とする背景や具体的内容
—「4. 生活機能とサービスに関する意見」(自由記述)

◆【標準化や負担軽減に「つながる」とする回答】

回答内容(選択肢化を可能とする意見)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 自由記述で補えば選択肢化は可能 ➤ 留意点に関して、書く内容は限られてくるので選択肢化でよいと思われる。 ➤ 記載する文言は、ほぼ毎回同じになる。「誤嚥に注意」「リハビリ必要」「見守り、福祉用具必要」等。 ➤ 比較的、記載内容は限られたものとなると思われるため、選択肢化は良い方法と考えられる。 ➤ 留意点はパターン化されているので選択肢化したほうが良い。 ➤ 既に日医の意見書ソフトでは選択形式である。 ➤ 現状でも選択肢化されている。 ➤ 対処方針の文言が、数種類で足りるため。オムツ使用、要見守り、要介助、食事介助等。 ➤ 1(3)や5の欄でしっかり記載してもらえれば、この欄は選択肢化できると思う。 ➤ サービス内容にまで言及した意見書は経験がほとんどない。
回答内容(選択肢化に伴う記載の負担軽減)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 同じ回答が多いので、負担軽減できる。 ➤ 設問選択で記入漏れや記載時間の短縮になる可能性があると考える。 ➤ 食事と嚥下、運動と移動に関しては重複する内容も多いと感じるので、項目を1つにして選択肢から選んだほうがわかりやすいのではないかと思う。 ➤ 自由記載はほとんど見られないので選択肢の方が良い。 ➤ 記入の手間が省ける。
回答内容(選択肢化に伴う記載の標準化・信頼性の向上)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 選択肢化により記載漏れの防止 ➤ サービスやリハビリで改善が「期待される」の項目 90%以上が「期待される」としているが、何が期待されるかがわからない。この点は明確にすべきである。 ➤ 語句・文章による記載欄には、HDS-R 値や、どのくらい大変か、どんなサービスが希望かなどを書いていただけると非常に参考になるのに、あまり記載が無い場合も多いので、選択肢があるとやはり記載される率が高くなると思うので、判定しやすくなると期待できるから。 ➤ 医師の記載は、どこまでの記載が判定に影響があるかを理解していない方がいる。選択肢があれば抜けが少なくなると思われる。 ➤ デイサービスやショートステイと書かれている例をよく見る。これらの選択肢化は意味があると思う。 ➤ 現在あまり記入されていないので、記入例が増えると考える。 ➤ もともと記載量が少ない部分であり、負担はあまり変わらないと思う。ただし標準化を考えるのならば選択肢化は有効と思う。 ➤ 標準化につながると思う。 ➤ 何も書かない医師が散見されるため、なにも設けないよりあったほうが記載される確率が高まることが期待される。 ➤ 現在、自由記述欄に記載している医師が少なく、選択肢化することで少しでも記載する医師が増えるのではないか。

回答内容(その他の意見)

- サービスそのものが標準化され、特定のものは介護サービスにならない場合が少なくない。標準化で分かりやすくする一方語句・文章による記載欄を確保することで将来介護サービスにつながるものが認識されやすくなる。
- 移動については独歩であるが、転倒リスクが高いため見守りが必要である。手引き歩行が出来るが、自力で歩こうとして転倒を繰り返す。シルバーカーでの歩行が可能であるが、突然下肢筋力が低下して転倒する。車椅子自乗出来るがブレーキのかけ忘れや急な立ち上がりをして転倒するとか。食事では自力摂取出来るが早食いなので喉を詰まらせる。食塊を口にため込んで飲み込まない。水分は常にむせる。自力で食事をして手が止まる。食事の途中から必ず介助が必要になる。医学的管理のほかにデイサービスやショートステイのような福祉系サービスの項目が必要。運動項目は意味がない。感染症は特記すべき項目で記載する。
- 留意事項は無くても良い。
- 医師の意見は、ポイントがずれている場合が多い。診察室での情報だけでは判断しきれない。
- これらの語句・文章による記載欄のうち、(2)(3)の欄は無くても良いと考えてきた。ただ(6)の欄に関しては、選択肢を設けるほうが負担軽減につながると考えるので。
- わたしの場合、ここの項目で二次判定を変更することはあまりない。
- 現在のチェック方式でもかなりうまくいっていると思われる。

◆【標準化や負担軽減に「つながらない」とする回答】

回答内容

- 記載事項は、多岐にわたるため、選択肢化することは難しいと思う。
- ケアプランを作成する際に参考としてもらいたい部分であり、現行では実際には活用されていないと思われるので、選択肢を設けるとかえって負担増となる。
- 今のままでも問題ないと思う。
- 実際選択肢化されているので、これ以上の負担軽減にはなりにくいと思われるが、介護度の認定に対する必要度は低い。
- もはや「選択肢化」されていて、自由記載はほとんどない。また日医「意見書」ソフトではプルダウンメニューがあり利用している。一方それを用いると、結局深い議論にはならない。さらにこの項目は実際の「要介護度認定」には反映されず、さらに実際問題として介護現場に反映されることも少ない項目でもある。むしろ設問自体を減らしても良いのかも知れない。
- 医師側の知識不足によって混乱が生じる可能性がある。
- 医師側の負担が増大する可能性がある。

◆【標準化や負担軽減につながるか「わからない」とする回答】

回答内容

- 「よく記載される情報」は選択肢で選べるような内容(長さ)なのだろうか。
- 記載する症例がほとんどない。あってもほぼ決まりきった記載で事足りることが多い。
- 同項目は現在「(2)食生活上の留意点」「(3)の対処方法」「(5)その他の医療系サービス」「(6)サービス提供時における医学的観点からの留意点」「(7)感染症の有無」のみであり、(3)(5)(7)に関しては有用かも知れない。
- 要介護度認定には必要ない項目なので、審査会においては議論されることはない。自由記載でよいのではないか。
- もともと不要のように思うし作成に時間をかけていない。

⑤ 「5. 特記すべき事項」について

主治医意見書「5.特記すべき事項」の「選択肢化」が、「記載の標準化や負担軽減につながる」とする肯定的な意見の背景や具体的内容としては、精神・神経症状や認知症、ADL、療養環境等に係る記載の充実や記載漏れ防止、記載の標準化を期待する旨の意見が多くみられる。

「記載の標準化や負担軽減につながらない」とする否定的な意見の背景や具体的内容としては、画一的な記載になじまない旨の意見が多くみられる(図表 14)。

図表 14 主治医意見書の「5 特記すべき事項」の自由記述欄を「選択肢化」することについて、標準化や負担軽減に「つながる」/「つながらない」/「わからない」と回答した理由(自由記述)

◆【標準化や負担軽減に「つながる」とする回答】

回答内容(選択肢化を可能であるとする意見)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 認定審査会での参考となる事項については、限定した選択肢を設けたり、プルダウンメニューによる回答の選択が可能と思われるためである。このアンケートに関する質問は、主治医意見書が電子的に記載していることが前提になっているように感じるが、手書きの主治医意見書も大変多い事ご承知おき下さい。
回答内容(選択肢化に伴う記載の負担軽減)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ これまでの介護審査会に蓄積された事項をデータベース化して選択肢を作成すれば、審査が簡素化される。場合によっては、審査会審査にかけなくて2次判定まで簡素化できると思う。 ➤ 調査員の記載のみで十分。読み物が増えるだけで、負担になっている。 ➤ もっと簡素化すべき。
回答内容(選択肢化に伴う記載の標準化)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1(3)と重複した記述が多い。選択により多くの情報が得られると思われる。 ➤ 今まで記載された上位内容 5 項目程度を選択肢化。 ➤ 記載されていない意見書が多いので介護の必要性を強く表現できる選択肢を用意してもらいたい。 ➤ 主治医の意見書をきちんとすべて網羅すればほぼ全体像は見えてくる。診断名に認知症の診断が書き込まれていない意見書が半数近くある。精神疾患と認知症を混同していることも多い。 ➤ 本来記載すべき内容の記載漏れを減らせる。この欄の記載が二次判定のうえで大切なことも多い。 ➤ 主治医意見書の「特記すべき事項」は、1次判定を変更する根拠となる医師の記載「身体」「精神」の主な部分である。ただし具体例は多様に互ることが予想されるので、自由記載を標準とするが、精神、身体の部分でいくつかの類型を例示しチェックすることは有用かも知れない。申し訳ない話であるが、主治医意見書で特記事項を全く記載しない意見書が散見されるので、全く意見書を参考にできない事態を改善できると思われる。 ➤ 私は、医療者から見た、対象者に対する介護の必要性を記載している。ただ、認定会議では空欄となっている意見書も多数あり、そういった意味では、情報量が増える可能性はある。 ➤ 大抵の場合「ADL の低下の状態」「介護・支援の必要性」として書き込む事柄は、ほぼ同じなので。 ➤ 一番書きにくいところ、具体例がないと結構悩む。

回答内容(記載内容に関する提案)

- この項目は記載が全くない事が多いので、提案である。
 - ・ 主治医からみた要介護者の予後を記載する(余命、認知症の悪化、主な疾患の予後、悪性疾患であれば具体的な予後)
 - ・ 家族の介護力の記載(限界にきている、まだ余力がある、早急に施設入所や入院が必要)
 - ・ 本人に対する主治医の思い(もう診きれない、最後まで見たい、早く別の主治医に変えてほしい)
 - ・ モンスター家族への対応(限界である、もう少し頑張ってみる、直ぐに公的機関に介入してもらいたい)
 - ・ 介護認定期間について主治医の意見として記載する(数か月、半年、1年、2年、3年)
- ①前回調査時と比較し、増悪または改善傾向の有無、②現在利用しているサービスの必要性や有効性、③癌・難病・認知症などで、終末期での対応について本人・家族の希望(ACPを含む)
- 疾病に関して、医学的観点から病状は軽快したのか、安定しているのか、悪化しているのか。見通しとして改善してくるものと考えているのかどうか、検査異常はあるのかどうか。現在利用している医療介護サービスに関して、十分であるのか不足していると考えているのか。どのようなサービスを期待しているのか等、選択肢として選べるとより病状がわかるかと思う。
- 具体的な精神神経症状がある方がわかりやすい。
- 介護にかかわる精神・神経症状について理解していない記載がある。また、この記載が非常に乏しいことも問題である。
- 精神症状の判定はより専門性が求められる内容であり、一般診療科の先生方にとって選択肢があった方が記入しやすいのではと思う。
- この項目は重要であり、失見当識、失認、失行、うつ状態などを記載して、さらにそれぞれの状態を詳しく記載するべきである。失見当識であれば、施設入所しているのが分からない、昔住んでいた自宅から転居して息子夫婦と同居しているのが分からないというように記載出来るスペースが必要である。失行であれば食事の自力摂取が出来ないが介助があれば摂取出来るとか。うつ状態であれば、無気力で一日中ベッドやソファで寝ているとか、食事を取るのも億劫になっているとかを記載する。
- ただし、選択肢化するのではなくもう少し具体的に項目を細分化すると標準化につながるのではないかと(長谷川式スケール、ADL、認知症の周辺症状、サービスの必要性など)。
- 認知症ありの場合の長谷川式点数は選択肢に入れて欲しい。
- HDS-R は記入する項目として作成していただきたい。
- 語句・文章による記載欄には、HDS-R 値や、どのくらい大変か、どんなサービスが希望かなど書いていただけると非常に参考になるのに、あまり記載が無い場合も多いので、選択肢があるとやはり記載される率が高くなると思うので、判定しやすくなると期待できるから。
- この項目に専門医受診の有無を記載する欄があるので、流れからするとその他の精神・神経症状を認知症以外の精神疾患ととらえてしまい、記入の手引きに記載しているような失語・構音障害・傾眠傾向等にはつながらないので、選択肢化したほうが良い。
- あまり介護認定に参考にならない記載のみで肝心の ADL に関する内容などが記載ない意見書も多く、普段の ADL や介護度、認知症に関する記載などが選択肢化できれば最低限の状況把握にはつながり、判断材料としての意見書の有用性が高くなると思う。
- 審査会においてサービス利用の必要性を指摘することがあるが、意見書で主治医がその必要性を表明してはどうか。少ない例示としては、リハビリテーション(訪問、通所、デイサービス)の必要性、訪問歯科、誤嚥防止指導の必要性、褥創予防の必要性、認知機能を含めた精神的ケアの必要性などが考えられる。
- 主治医意見書では、療養環境を記入する欄がない。独居・日中独居・高齢者世帯等の選択肢はもうけると日常診療でも患者さんの生活について聞くようになるのではないかと。
- 高齢独居、老々介護、高い転倒リスク、周辺症状による介護の手間、介護への抵抗。
- 癌末期状態などの定型状態があればわかりやすい。
- ほぼ固定化か、急に悪くなっていくかの予測がわかれば記述する
- 記載の無い意見書も多いので、選択肢があれば何らかの情報は得られると思う。第1~5群では評価できないような、例えば変動の有無や介護者の有無など、加えて新規もしくは区分変更の場合の申請理由など。
- 程度の重症化分類が必要。

◆【標準化や負担軽減に「つながらない」とする回答】

回答内容
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 特記すべき事項は多彩なため、限られた枠よりも自由な意見が知りたい。 ➤ 介護の手間や身体・精神状況等の把握には、特記事項がとても重要だと考える。主治医意見書は、診断名と経過と治療内容と特記事項だけでも良いのではないかとさえ思っている。 ➤ ここでの記載が判定に重要と考える。また、様々な記載があり、選択肢化は困難と考える。 ➤ ここだけは、主治医の患者さんに対する客観的評価だけでなく、主観的な思い入れもあるので、自由記載のままにして欲しい。特に、どんなサービスが必要かを書かせて欲しい。 ➤ 主治医の視点から、患者の状態や家族の状態、必要な介護について記載をする欄と考えている。ケアマネジャーへのメッセージとしての意味も込められている。画一的な選択肢をえらぶことはまず考えられない。審査会をしているとこの欄が白紙の意見書を見かける。ここが白紙のことは主治医として意見を書くならまずありえないと思うので、それを受け付けないなどの制度の改定がまず必要と考える。 ➤ 時々診察する医師と、普段面倒を見ている周囲の人々との意見ギャップが大きいのが現状。疾患の進行予想に医師の意見は重要だが、接する時間が短いために日々の変化を認識していないことが多い。この特記事項に所見を多く書いてほしい。

◆【標準化や負担軽減につながるか「わからない」とする回答】

回答内容
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 対象者によって記述内容が大きく異なり、負担軽減を重視すべきではない。選択肢化は不向きであると考ええる。しかし現状の自由記述式では情報量のバラつきが多く、標準化の点では選択肢化は評価できると思われる。 ➤ 審査会をしても記載が同じもしくは頻度が高い内容をあまり見ることがないので。 ➤ このアンケートの前提が良くわからない。「プルダウンメニュー」という言葉が使われているのは、主治医意見書の電子化を前提しての質問と理解し良いのか？特記すべき事項を選択肢化するには、紙ベースでは無理だと思う。主治医意見書や調査票をはやく電子化してほしい。介護認定審査会も、認定に関して意見の分かれるものだけを web 会議で検討すればよい。現状の会議は通常業務終了後に、遠くへ出かけなければならない、負担が大きい。web 会議化すれば、時間と経費と謝金と全部節約可能だ。 ➤ 特記事項に記載する事項には、微妙～詳細な情報を記載することが多いため、プルダウン化には十分な配慮が必要と思われる。 ➤ この「5.特記すべき事項」もなくても良いと考えてきた。上記⑥に記載したように、「1. 傷病に関する意見」の「(3)生活機能低下の直接の～」の語句・文章による記載欄に記入すれば良いと考えてきたので。

第3章 分析に用いるデータの収集・整理と保険者間比較

1. 提供を受けたデータ内容

(1) A 広域連合（2019 年事業にて取得）

① 概要

2019 年度調査研究では、中部地方の A 広域連合において、2018 年 10 月～2019 年 1 月に要介護認定を受けた 8,754 件分について、「判定結果」「認定調査票」「主治医意見書」の各データの提供を受けた。

これらを突合した 8,754 件分のデータから、図表 15 に該当する 257 件分のデータを除外した 8,497 件分について、あらためて本調査研究の分析対象とし、後述の B 市や C 市のデータとの比較に用いた。

図表 15 分析対象とする主治医意見書データの抽出方法

除外要件	除外件数
• 一次判定の要介護状態区分が「－」 ➤ うち 要介護認定申請事由が「転入元からの引き継ぎ」であり、当該保険者の二次判定を受けていないもの 43 件	52 件
• 要介護認定日時点で 64 歳以下	214 件
(除外対象合計)(※)	257 件

※複数の除外要件に該当するケースがあるため、「除外対象合計」の件数は、各除外要件の件数の合計とは一致しない。

② データに含まれる項目

「判定結果」については、要介護認定申請区分・前回の要介護状態区分・一次判定結果・二次判定結果・被保険者の基本属性(性・年齢)等のデータが含まれる。

「認定調査票」については、74 基本調査の全項目(いずれも選択肢形式)と、概況調査のうち「現在受けているサービスの状況」等の電子データの提供を受けた。一方、特記事項(いずれも自由記述)の電子データについては、提供を受けていない。

「主治医意見書」については、すべての選択肢項目と、発症年月日以外の日付データの提供を受けた一方、「1(1) 診断名」、「3(5) 身体の状態」のうち身長・体重、および語句・文章による記載欄については、提供を受けていない。

(2) B市

① 概要

東北地方のB市において、2019年10月～2020年1月に要介護認定を受けたケースの中から896件分について、「判定結果」「認定調査票」「主治医意見書」の各データの提供を受けた。

これらを突合した896件分のデータのうち、第1号被保険者の890件分を、分析対象とした。

② データに含まれる項目

「判定結果」については、要介護認定申請区分・前回の要介護状態区分・一次判定結果・二次判定結果・被保険者の基本属性(性・年齢)等のデータが含まれる。

「認定調査票」については、74基本調査の全項目(いずれも選択肢形式)の電子データの提供を受けた。

「主治医意見書」については、チェックボックスによる記載欄の電子データの提供を受けた。

(3) C市

① 概要

九州地方のC市において、2020年7月～2020年12月に要介護認定を受けたケースの中から、1,327件分の「判定結果」「認定調査票」「主治医意見書」の各データの提供を受けた。これらを突合した1,327件分のデータのうち、第1号被保険者の1,317件分を、分析対象とした(以下、「突合電子データ」と記載)。

これとは別に、2019年10月～2020年12月に作成された主治医意見書の中から、310件分のスキャンデータ(被保険者や作成医師に関する情報を除いたもの)の提供を受け、これを手入力した上で、分析対象とした(以下、「意見書スキャンデータ」と記載)。

② 突合電子データに含まれる項目

「判定結果」については、要介護認定申請区分・前回の要介護状態区分・一次判定結果・二次判定結果・被保険者の基本属性(性・年齢)等のデータが含まれる。

「認定調査票」については、74基本調査の全項目(いずれも選択肢形式)の電子データの提供を受けた。

「主治医意見書」については、チェックボックスによる記載欄のうち、一次判定に用いられる5項目(認知症の日常生活自立度、短期記憶、認知能力、伝達能力、食事)および障害高齢者の日常生活自立度の電子データの提供を受けた。また、「1(1)診断名」について、主治医意見書に記載された各欄の診断名をもとに、C市が独自に16区分した傷病群の電子データの提供を受けた。

③ 意見書スキャンデータに含まれる項目

主治医意見書のうち、申請者および診察医師の属性に関する項目を除いたすべてのデータが含まれる。なお、上記の属性データを除いてあるため、「突合電子データ」や「判定結果」「認定調査票」のデータとの突合ができない、単独のデータとなっている。

2. 判定結果や有効期間に関する保険者間比較

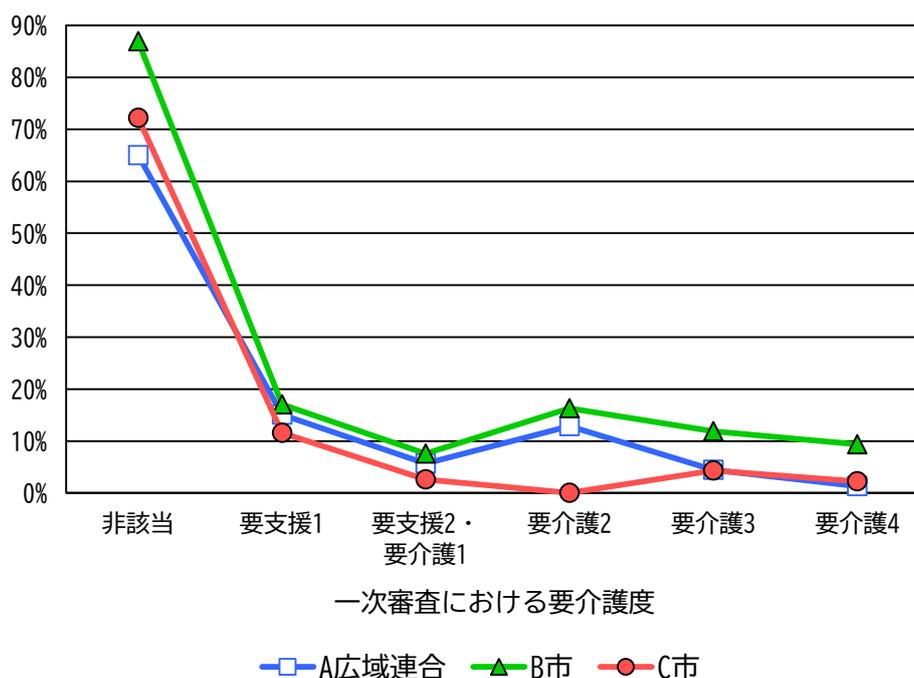
(1) 一次判定→二次判定の遷移

二次判定における変更率は、A 広域連合が 14.1%、B 市が 17.0%であるのに対し、C 市は5.7%と低い(図表 16)。二次判定における要介護度の引き上げ状況についてみると、C 市では、B 市と比べ、一次判定の要介護度によらず引き上げ率が低いが、特に一次判定が要介護 2 である者の引き上げ率の低さが顕著である(図表 17、図表 18)。

図表 16 一次判定→二次判定における要介護度の引き上げ・引下げ等の状況(A 広域連合)

A 広域連合	二次判定での変更状況	件数	割合
	全件	8,497	100.0%
	変更あり	1,199	14.1%
	要支援2⇔要介護1の変更	376	4.4%
	上記を除く要介護度の引き上げ	817	9.6%
	上記を除く要介護度の引き下げ	6	0.1%
B 市	二次判定での変更状況	件数	割合
	全件	890	100.0%
	変更あり	151	17.0%
	要支援2⇔要介護1の変更	25	2.8%
	上記を除く要介護度の引き上げ	106	11.9%
	上記を除く要介護度の引き下げ	20	2.2%
C 市	二次判定での変更状況	件数	割合
	全件	1,317	100.0%
	変更あり	75	5.7%
	要支援2⇔要介護1の変更	12	0.9%
	上記を除く要介護度の引き上げ	51	3.9%
	上記を除く要介護度の引き下げ	12	0.9%

図表 17 一次判定→二次判定における要介護度の引き上げ率



図表 18 一次判定→二次判定における要介護度の遷移

		二次判定結果								合計	
		非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
A 広域連合	一次判定結果	非該当	133	234	3	10	0	0	0	0	380
		要支援1	0	1,145	88	114	1	0	0	0	1,348
		要支援2	0	2	936	86	2	0	0	0	1,026
		要介護1	0	0	290	1,584	167	5	0	0	2,046
		要介護2	0	0	0	0	960	140	2	0	1,102
		要介護3	0	0	0	0	1	812	37	1	851
		要介護4	0	0	0	0	0	1	998	13	1,012
		要介護5	0	0	0	0	0	0	2	730	732
合計		133	1,381	1,317	1,794	1,131	958	1,039	744	8,497	
		二次判定結果								合計	
		非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
		非該当	35.0%	61.6%	0.8%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
		要支援1	0.0%	84.9%	6.5%	8.5%	0.1%	0.0%	0.0%	100.0%	
		要支援2	0.0%	0.2%	91.2%	8.4%	0.2%	0.0%	0.0%	100.0%	
		要介護1	0.0%	0.0%	14.2%	77.4%	8.2%	0.2%	0.0%	100.0%	
		要介護2	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	87.1%	12.7%	0.2%	100.0%	
		要介護3	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	95.4%	4.3%	100.0%	
		要介護4	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	98.6%	100.0%	
		要介護5	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	99.7%	100.0%	
全体		1.6%	16.3%	15.5%	21.1%	13.3%	11.3%	12.2%	8.8%	100.0%	
B 市	一次判定結果	非該当	3	18	2	0	0	0	0	0	23
		要支援1	2	76	10	6	0	0	0	0	94
		要支援2	0	4	108	10	0	0	0	0	122
		要介護1	0	0	15	169	22	3	0	0	209
		要介護2	0	0	0	4	104	19	2	0	129
		要介護3	0	0	0	0	4	85	12	0	101
		要介護4	0	0	0	0	0	3	113	12	128
		要介護5	0	0	0	0	0	0	3	81	84
合計		5	98	135	189	130	110	130	93	890	
		二次判定結果								合計	
		非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
		非該当	13.0%	78.3%	8.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
		要支援1	2.1%	80.9%	10.6%	6.4%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
		要支援2	0.0%	3.3%	88.5%	8.2%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
		要介護1	0.0%	0.0%	7.2%	80.9%	10.5%	1.4%	0.0%	100.0%	
		要介護2	0.0%	0.0%	0.0%	3.1%	80.6%	14.7%	1.6%	100.0%	
		要介護3	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.0%	84.2%	11.9%	100.0%	
		要介護4	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%	88.3%	100.0%	
		要介護5	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.6%	96.4%	
全体		0.6%	11.0%	15.2%	21.2%	14.6%	12.4%	14.6%	10.4%	100.0%	
C 市	一次判定結果	非該当	5	13	0	0	0	0	0	0	18
		要支援1	0	107	3	11	0	0	0	0	121
		要支援2	0	0	115	4	0	0	0	0	119
		要介護1	0	0	8	364	13	0	0	0	385
		要介護2	0	0	0	0	213	0	0	0	213
		要介護3	0	0	0	0	1	154	7	0	162
		要介護4	0	0	0	0	0	6	169	4	179
		要介護5	0	0	0	0	0	0	5	115	120
合計		5	120	126	379	227	160	181	119	1,317	
		二次判定結果								合計	
		非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
		非該当	27.8%	72.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
		要支援1	0.0%	88.4%	2.5%	9.1%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
		要支援2	0.0%	0.0%	96.6%	3.4%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
		要介護1	0.0%	0.0%	2.1%	94.5%	3.4%	0.0%	0.0%	100.0%	
		要介護2	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
		要介護3	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	95.1%	4.3%	100.0%	
		要介護4	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.4%	94.4%	100.0%	
		要介護5	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.2%	95.8%	
全体		0.4%	9.1%	9.6%	28.8%	17.2%	12.1%	13.7%	9.0%	100.0%	

図表 19 一次判定において要支援2・要介護1であった申請の二次判定の結果

	二次判定での変更状況		件数	割合
	A 広域連合	一次判定で要支援2・要介護1		3,072
要介護2以上へ引き上げ		174	5.7%	
要介護1		1,670	54.4%	
要支援2		1,226	39.9%	
要支援1以下に引き下げ		2	0.1%	
B 市	二次判定での変更状況		件数	割合
	一次判定で要支援2・要介護1		331	100.0%
	要介護2以上へ引き上げ		25	7.6%
	要介護1		184	55.6%
	要支援2		118	35.6%
要支援1以下に引き下げ		4	1.2%	
C 市	二次判定での変更状況		件数	割合
	一次判定で要支援2・要介護1		504	100.0%
	要介護2以上へ引き上げ		13	2.6%
	要介護1		372	73.8%
	要支援2		119	23.6%
要支援1以下に引き下げ		0	0.0%	

(2) 有効期間の設定状況

2018年4月以降、新規申請および区分変更申請の有効期間は原則6ヶ月・上限12ヶ月、更新申請の有効期間は原則12ヶ月・上限36ヶ月とされている。また、2018年4月改定版の「介護認定審査会委員テキスト」p30では、「状態不安定による要介護1の場合は、6ヶ月以下の期間に設定することが適当」とされている。

一方、二次判定の結果、「非該当」であった申請を除く、申請の種類別の有効期間の分布をみると、特に更新申請における有効期間の設定のあり方が、保険者ごとに大きく異なる。

A広域連合においては、「状態不安定」を理由として要介護1に振り分けられた申請を有効期間6ヶ月とするほかは、大半の申請について、最大の有効期間(更新申請にあつては36ヶ月)を設定する運用をとっている。これに対してB市では、更新申請について、どの要介護度についても、「12ヶ月・24ヶ月・36ヶ月」のそれぞれに一定数のケースが分布している。C市では、更新申請について、要介護4・5についてのみ「36ヶ月」の有効期間がみられ、それ以外については、「24ヶ月」が最長の有効期間となっている(図表20)。

図表 20 一次判定において要支援2・要介護1であった申請の二次判定の結果

◆件数 申請の種類	有効期間	全件	二次判定結果						
			要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
			新規申請	全件(非該当除く)	2,298	682	396	538	220
	6ヶ月	123	5	1	112	0	1	2	2
	12ヶ月	2,175	677	395	426	220	153	166	138
	24ヶ月	0	0	0	0	0	0	0	0
	36ヶ月	0	0	0	0	0	0	0	0
区分変更申請	全件(非該当除く)	1,136	2	52	197	184	248	287	166
	6ヶ月	59	0	1	53	2	1	2	0
	12ヶ月	1,076	2	51	144	182	247	285	165
	24ヶ月	0	0	0	0	0	0	0	0
	36ヶ月	1	0	0	0	0	0	0	1
更新申請	全件(非該当除く)	4,930	697	869	1,059	727	556	584	438
	6ヶ月	113	1	0	110	1	0	0	1
	12ヶ月	20	5	4	4	4	0	3	0
	24ヶ月	62	11	5	25	7	7	4	3
	36ヶ月	4,735	680	860	920	715	549	577	434

◆割合 申請の種類	有効期間	全件	二次判定結果						
			要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
			新規申請	全件(非該当除く)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	6ヶ月	5.4%	0.7%	0.3%	20.8%	0.0%	0.6%	1.2%	1.4%
	12ヶ月	94.6%	99.3%	99.7%	79.2%	100.0%	99.4%	98.8%	98.6%
	24ヶ月	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	36ヶ月	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
区分変更申請	全件(非該当除く)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	6ヶ月	5.2%	0.0%	1.9%	26.9%	1.1%	0.4%	0.7%	0.0%
	12ヶ月	94.7%	100.0%	98.1%	73.1%	98.9%	99.6%	99.3%	99.4%
	24ヶ月	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	36ヶ月	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%
更新申請	全件(非該当除く)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	6ヶ月	2.3%	0.1%	0.0%	10.4%	0.1%	0.0%	0.0%	0.2%
	12ヶ月	0.4%	0.7%	0.5%	0.4%	0.6%	0.0%	0.5%	0.0%
	24ヶ月	1.3%	1.6%	0.6%	2.4%	1.0%	1.3%	0.7%	0.7%
	36ヶ月	96.0%	97.6%	99.0%	86.9%	98.3%	98.7%	98.8%	99.1%

A 広域連合

B市

◆件数									
申請の種類	有効期間	全件	二次判定結果						
			要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
新規申請	全件 (非該当除く)	241	56	52	57	28	16	17	15
	6ヶ月	17	0	0	11	1	1	2	2
	12ヶ月	224	56	52	46	27	15	15	13
	24ヶ月	0	0	0	0	0	0	0	0
	36ヶ月	0	0	0	0	0	0	0	0
区分変更申請	全件 (非該当除く)	100	0	1	18	8	22	29	22
	6ヶ月	7	0	0	4	0	1	2	0
	12ヶ月	93	0	1	14	8	21	27	22
	24ヶ月	0	0	0	0	0	0	0	0
	36ヶ月	0	0	0	0	0	0	0	0
更新申請	全件 (非該当除く)	544	42	82	114	94	72	84	56
	6ヶ月	12	0	0	12	0	0	0	0
	12ヶ月	188	24	30	51	32	21	20	10
	24ヶ月	120	5	14	28	22	15	27	9
	36ヶ月	224	13	38	23	40	36	37	37

◆割合									
申請の種類	有効期間	全件	二次判定結果						
			要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
新規申請	全件 (非該当除く)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	6ヶ月	7.1%	0.0%	0.0%	19.3%	3.6%	6.3%	11.8%	13.3%
	12ヶ月	92.9%	100.0%	100.0%	80.7%	96.4%	93.8%	88.2%	86.7%
	24ヶ月	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	36ヶ月	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
区分変更申請	全件 (非該当除く)	100.0%	—	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	6ヶ月	7.0%	—	0.0%	22.2%	0.0%	4.5%	6.9%	0.0%
	12ヶ月	93.0%	—	100.0%	77.8%	100.0%	95.5%	93.1%	100.0%
	24ヶ月	0.0%	—	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	36ヶ月	0.0%	—	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
更新申請	全件 (非該当除く)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	6ヶ月	2.2%	0.0%	0.0%	10.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	12ヶ月	34.6%	57.1%	36.6%	44.7%	34.0%	29.2%	23.8%	17.9%
	24ヶ月	22.1%	11.9%	17.1%	24.6%	23.4%	20.8%	32.1%	16.1%
	36ヶ月	41.2%	31.0%	46.3%	20.2%	42.6%	50.0%	44.0%	66.1%

C市

◆件数									
申請の種類	有効期間	全件	二次判定結果						
			要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
新規申請	全件 (非該当除く)	322	62	45	101	43	32	29	10
	6ヶ月	41	3	10	13	3	7	3	2
	12ヶ月	281	59	35	88	40	25	26	8
	24ヶ月	0	0	0	0	0	0	0	0
	36ヶ月	0	0	0	0	0	0	0	0
区分変更申請	全件 (非該当除く)	109	0	2	22	11	19	35	20
	6ヶ月	13	0	0	4	2	1	6	0
	12ヶ月	96	0	2	18	9	18	29	20
	24ヶ月	0	0	0	0	0	0	0	0
	36ヶ月	0	0	0	0	0	0	0	0
更新申請	全件 (非該当除く)	881	58	79	256	173	109	117	89
	6ヶ月	0	0	0	0	0	0	0	0
	12ヶ月	709	43	77	253	135	75	71	55
	24ヶ月	103	15	2	3	38	34	7	4
	36ヶ月	69	0	0	0	0	0	39	30

◆割合									
申請の種類	有効期間	全件	二次判定結果						
			要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
新規申請	全件 (非該当除く)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	6ヶ月	12.7%	4.8%	22.2%	12.9%	7.0%	21.9%	10.3%	20.0%
	12ヶ月	87.3%	95.2%	77.8%	87.1%	93.0%	78.1%	89.7%	80.0%
	24ヶ月	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	36ヶ月	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
区分変更申請	全件 (非該当除く)	100.0%	—	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	6ヶ月	11.9%	—	0.0%	18.2%	18.2%	5.3%	17.1%	0.0%
	12ヶ月	88.1%	—	100.0%	81.8%	81.8%	94.7%	82.9%	100.0%
	24ヶ月	0.0%	—	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	36ヶ月	0.0%	—	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
更新申請	全件 (非該当除く)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	6ヶ月	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	12ヶ月	80.5%	74.1%	97.5%	98.8%	78.0%	68.8%	60.7%	61.8%
	24ヶ月	11.7%	25.9%	2.5%	1.2%	22.0%	31.2%	6.0%	4.5%
	36ヶ月	7.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	33.7%

第4章 主治医意見書における登場頻度の高い語句に関する分析

1. 分析内容

主治医意見書のうち、語句・文章による記載欄については、出現頻度の高い語や文章を、「選択肢化」あるいは「プルダウンによる入力を可能とする」ことによって、主治医意見書の作成に伴う業務負担の軽減が図られることが考えられる。

ここでは、C市から提供を受け、手入力によって電子化した310件分の「意見書スキャンデータ」を用いて、主治医意見書のうち語句・文章による記載欄について、出現する語・文章を集計し、その頻度が高いものを明らかにした。

2. 集計結果

(1) 記入のある主治医意見書の割合

分析対象とした310件の主治医意見書に対し、「1(1)診断名」にはすべての意見書に1つ以上の記載があり、「1(3)傷病の経過及び治療内容」、「4(6)のうち移動」及び「5. 特記すべき事項」については、80%以上の意見書に語句・文章による記載欄の記入がある。

一方、「4(2)栄養・食生活 — 栄養・食生活上の留意点」、「4(6)のうち摂食」、「4(6)のうち嚥下」といった栄養や口腔機能に関する自由記載欄は、語句・文章による記載欄の記入率が25%未満である(図表21)。

図表 21 自由記載欄に記載のある主治医意見書の件数・割合(抽出に用いた項目)

語句・文章による記載欄	記載がある意見書		
	件数	割合	
全体	310	100.0%	
1(1)診断名	310	100.0%	
1(2)症状としての安定性	102	32.9%	
1(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容	309	99.7%	
4(2)栄養・食生活 — 栄養・食生活上の留意点	67	21.6%	
4(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針 — 対処方針	217	70.0%	
4(5)医学的管理の必要性 — その他の医療系サービス	135	43.5%	
4(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項	血圧	155	50.0%
	摂食	68	21.9%
	嚥下	51	16.5%
	移動	251	81.0%
運動	135	43.5%	
5. 特記すべき事項	296	95.5%	

(2) 出現頻度が高い語・文章・内容

① 「1(1)診断名」欄

- 「1(1)診断名」の 3 つの記載欄に登場する傷病名をみると、最も出現頻度が高いものは「認知症」(124 件、40.0%)であり、うち 81 件が「アルツハイマー型認知症」である。また、「認知症」単独(アルツハイマー、レビー小体、脳血管性等の記載のない)の記載が 37 件みられる。
- このほか、出現率が相対的に高いのは、「高血圧(症)」(107 件、34.5%)、「骨折」(68 件、21.9%、腰椎等の圧迫骨折の記入が多い)、「糖尿病」(57 件、18.4%)である(図表 22)。

図表 22 「1(1)診断名」欄で出現頻度の高い語・文章

語・文章	件数	記載がある意見書	
		全意見書(n=310)に対する割合	本欄に記載のある意見書(n=310)に対する割合
本欄に記載のある意見書	310	100.0%	100.0%
認知症	124	40.0%	40.0%
アルツハイマー型認知症	81	26.1%	26.1%
「認知症」単独の記載	37	11.9%	11.9%
高血圧(症)	107	34.5%	34.5%
骨折	68	21.9%	21.9%
脊椎(胸椎・腰椎)の圧迫骨折	39	12.6%	12.6%
糖尿病	57	18.4%	18.4%
「糖尿病」単独の記載	35	11.3%	11.3%
2型糖尿病	19	6.1%	6.1%
脊柱管狭窄症	39	12.6%	12.6%
脳梗塞、ラクナ梗塞	47	15.2%	15.2%
骨粗鬆症	44	14.2%	14.2%
脂質異常症、高脂血症	33	10.6%	10.6%
がん(術後、疑い含む)	37	11.9%	11.9%
変形性膝関節症	23	7.4%	7.4%

② 「1(2)症状としての安定性」欄

- 「1(2)症状としての安定性」は、選択肢において「不安定」を選択した意見書が 110 件(35.5%)であり、うち 101 件(91.8%)に語句・文章による記載欄への記入がある。最も多い記載内容は「認知症の進行」に関するもの(40 件、「不安定」を選択した意見書に対し 36.4%)である。
- また、「現時点での不安定さ」というよりも、症状・病状の増悪や発症・再発など、「将来的に起こりうるリスク」に関する記載もみられる(図表 23)。

図表 23 「3(4)その他の精神・神経症状—症状名」欄で多い記載内容

記載内容	件数	記載がある意見書	
		全意見書(n=310)に対する割合	「不安定」を選択した意見書(n=110)に対する割合
「不安定」を選択した意見書	110	35.5%	100.0%
上記のうち自由記載欄に記載あり	101	32.6%	91.8%
症状の動揺、不安定	13	4.2%	11.8%
認知症の進行	40	12.9%	36.4%
認知症以外の症状・病状の増悪	11	3.5%	10.0%
体力(歩行能力・嚥下能力含む)等の低下	8	2.6%	7.3%
発症・再発のリスク	6	1.9%	5.5%
転倒・骨折のリスク、歩行や立位の不安定	20	6.5%	18.2%
入院中	4	1.3%	3.6%

③ 「1(3)傷病の経過及び治療内容」欄 および 「5. 特記すべき事項」欄

- 「1(3)傷病の経過及び治療内容」および「5. 特記すべき事項」欄の記載内容についてみると、いずれも大半の意見書に何らかの記載がなされている(図表 21)。
- 精神や身体の状態・症状や ADL については、「1(3)傷病の経過及び治療内容」欄に記載されている意見書と、「5. 特記すべき事項」欄に記載されている意見書が、いずれも比較的多い。
- この他、「1(3)傷病の経過及び治療内容」欄には、治療の開始経緯や治療・症状の経過に加え、投薬・処方の内容が薬剤名・用量・服薬タイミングのまとまりで記載されている意見書が多い。一方、予後予測に関する記載は少ない(図表 24)。
- この他、「5. 特記すべき事項」欄には、必要な(介護等の)サービス内容に関する記載が多い。また、件数としては少ないが、予後予測に関する記載は、1(3)欄に比べて多い。また、80 件(全体の 25.8%)に、長谷川式認知症スケール(HDS-R)の点数の記載がある(図表 25)。

図表 24 「1(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」欄で多い記載内容

記載内容	件数	記載がある意見書		
		全意見書(n=310)に対する割合	本欄に記載のある意見書(n=309)に対する割合	
本欄に記載のある意見書	309	99.7%	100.0%	
治療の状況	治療を開始した経緯、発症時の状況	231	74.5%	74.8%
	症状や治療の経過	236	76.1%	76.4%
投薬・処方	投薬・処方した薬剤名	206	66.5%	66.7%
	投薬・処方した薬の用量	186	60.0%	60.2%
	服薬の頻度・タイミング	168	54.2%	54.4%
	薬剤名の記載のない投薬・処方	31	10.0%	10.0%
過去の病歴	57	18.4%	18.4%	
状態・症状	認知症の状態・症状	109	35.2%	35.3%
	認知症以外の精神症状	38	12.3%	12.3%
	身体の状態・症状	209	67.4%	67.6%
	ADL	143	46.1%	46.3%
検査	検査値	34	11.0%	11.0%
	検査値の記載のない検査結果	54	17.4%	17.5%
予後予測	5	1.6%	1.6%	
療養・生活上の留意点	86	27.7%	27.8%	
生活歴・人柄等	106	34.2%	34.3%	

図表 25 「5.特記すべき事項」欄で多い記載内容

記載内容	件数	記載がある意見書	
		全意見書(n=310)に対する割合	本欄に記載のある意見書(n=296)に対する割合
本欄に記載のある意見書	296	95.5%	100.0%
治療の経過	56	18.1%	18.9%
長谷川式認知症スケール(HDS-R)の得点	80	25.8%	27.0%
認知症の状態・症状	138	44.5%	46.6%
認知症以外の精神症状	38	12.3%	12.8%
身体の状態・症状	206	66.5%	69.6%
ADL	199	64.2%	67.2%
予後予測	31	10.0%	10.5%
受診・治療の必要性	67	21.6%	22.6%
必要なサービス内容	194	62.6%	65.5%
ケア上の留意点	140	45.2%	47.3%
家族の状況(「独居」等の記載を含む)	94	30.3%	31.8%

④ 「4(2)栄養・食生活 一栄養・食生活上の留意点」欄

- 「4(2)栄養・食生活 一栄養・食生活上の留意点」の語句・文章による記載欄には、記載件数自体が67件(21.6%)と少ないが、その中で相対的に多いのは、「食事援助」(11件、全体の3.5%)である(図表26)。

図表 26 「4(2)栄養・食生活 一栄養・食生活上の留意点」欄で多い記載内容

記載内容	記載がある意見書		
	件数	全意見書(n=310)に対する割合	本欄に記載のある意見書(n=67)に対する割合
本欄に記載のある意見書	67	21.6%	100.0%
低栄養や食事量低下に注意、高カロリー食	10	3.2%	14.9%
塩分量	5	1.6%	7.5%
高血糖	9	2.9%	13.4%
低血糖	1	0.3%	1.5%
脱水	3	1.0%	4.5%
体重管理	3	1.0%	4.5%
拒食、食べない、食べたり食べなかったりする	10	3.2%	14.9%
偏食	6	1.9%	9.0%
食形態	9	2.9%	13.4%
誤嚥・嚥下	6	1.9%	9.0%
食事援助	11	3.5%	16.4%
その他	12	3.9%	17.9%

⑤ 「4(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針 ー対処方針」欄

- 「4(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針 ー対処方針」欄に登場する語・文章をみると、「見守り」が最も多く(56 件、全体の 18.1%)、「リハビリテーション」(52 件、16.8%)がこれに次ぐ(図表 27)。

図表 27 「4(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針 ー対処方針」欄で出現頻度の高い語・文章

語・文章	記載がある意見書		
	件数	全意見書(n=310)に対する割合	本欄に記載のある意見書(n=217)に対する割合
本欄に記載のある意見書	217	70.0%	100.0%
医療機関の受診	16	5.2%	7.4%
リハビリテーション	52	16.8%	24.0%
(全体)	51	16.5%	23.5%
介護サービスの利用	6	1.9%	2.8%
訪問看護	13	4.2%	6.0%
通所リハビリテーション	21	6.8%	9.7%
通所介護	33	10.6%	15.2%
(全体)	20	6.5%	9.2%
自宅改修・環境整備	16	5.2%	7.4%
手すりの設置	56	18.1%	25.8%
段差の解消	44	14.2%	20.3%
見守り	31	10.0%	14.3%
介助	20	6.5%	9.2%
杖・歩行器・車いすの使用	5	1.6%	2.3%
排尿誘導	17	5.5%	7.8%
外出・散歩	64	20.6%	29.5%
社会参加			
その他			

⑥ 「4(5)医学的管理の必要性 —その他の医療系サービス」欄

- 全体の43.5%(135件)の意見書に、「4(5)医学的管理の必要性 —その他の医療系サービス」の語句・文章による記載欄への記載があり、その多くは医療系以外の介護サービスを記入したものである。
- 登場するサービスの内容をみると、「福祉用具(の購入・貸与)」と「訪問介護」が41件(全体の13.2%)と最も多く、「通所介護」がこれに次ぐ(39件、12.6%)(図表 28)。

図表 28 「4(5)医学的管理の必要性 —その他の医療系サービス」欄で出現頻度の高い語・文章

語・文章	件数	記載がある意見書	
		全意見書(n=310)に対する割合	「その他の医療系サービス」を選択した意見書(n=137)に対する割合
「その他の医療系サービス」を選択した意見書	137	44.2%	100.0%
上記のうち自由記載欄に記載あり	135	43.5%	98.5%
訪問介護	41	13.2%	29.9%
通所介護	39	12.6%	28.5%
短期入所(ショートステイ)	3	1.0%	2.2%
福祉用具	41	13.2%	29.9%
住宅改修	4	1.3%	2.9%
施設入所	35	11.3%	25.5%
その他	6	1.9%	4.4%

⑦ 「4(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項」欄

- 「4(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項」の各記載欄に登場する留意事項についてみると、「移動」の欄で「転倒リスク・注意」について書かれたものが158件(全体の51.0%)、「運動」の欄で「転倒リスク・注意」について書かれたものが86件(27.7%)、「血圧」の欄で「服薬確認」について書かれたものが80件(25.8%)である。
- いずれの欄も、5つ程度の語句を挙げると、いずれにも当てはまらない(「その他」に計上される)記載の意見書は全体の10%に満たず(図表 29~図表 33)、記載内容は、ある程度パターン化されているものと考えられる。

図表 29 「4(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項—血圧」欄で出現頻度の高い語・文章

語・文章	件数	記載がある意見書	
		全意見書(n=310)に対する割合	「あり」を選択した意見書(n=154)に対する割合
「血圧」の項で「あり」を選択した意見書	154	49.7%	100.0%
上記のうち自由記載欄に記載あり	152	49.0%	98.7%
服薬確認 (全体)	80	25.8%	51.9%
「降圧剤の服薬確認」	66	21.3%	42.9%
服薬中(「服薬確認」との記載のないもの)	30	9.7%	19.5%
血圧測定(を促す文言)	14	4.5%	9.1%
血圧の上昇・変動に注意	11	3.5%	7.1%
入浴に関する注意	16	5.2%	10.4%
その他	16	5.2%	10.4%

図表 30 「4(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項―摂食」欄
で出現頻度の高い語・文章

語・文章	記載がある意見書		
	件数	全意見書(n=310) に対する割合	「あり」を選択し た意見書(n=66)に 対する割合
「摂食」の項で「あり」を選択した意見書	66	21.3%	100.0%
上記のうち自由記載欄に記載あり	66	21.3%	100.0%
誤嚥のリスク・注意	20	6.5%	30.3%
見守り(が必要)	24	7.7%	36.4%
介助・支援(が必要)	7	2.3%	10.6%
食思不振や低栄養への注意	9	2.9%	13.6%
(全体)	15	4.8%	22.7%
食形態を指定する文言			
きざみ食	4	1.3%	6.1%
とろみ食	4	1.3%	6.1%
その他の食形態	8	2.6%	12.1%
その他	11	3.5%	16.7%

図表 31 「4(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項―嚥下」欄
で出現頻度の高い語・文章

語・文章	記載がある意見書		
	件数	全意見書(n=310) に対する割合	「あり」を選択し た意見書(n=49)に 対する割合
「嚥下」の項で「あり」を選択した意見書	49	15.8%	100.0%
上記のうち自由記載欄に記載あり	49	15.8%	100.0%
むせがある・多い	12	3.9%	24.5%
誤嚥のリスク・注意	14	4.5%	28.6%
見守り(が必要)	6	1.9%	12.2%
口腔ケア(が必要)	10	3.2%	20.4%
その他	13	4.2%	26.5%

図表 32 「4(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項―移動」欄
で出現頻度の高い語・文章

語・文章	記載がある意見書		
	件数	全意見書(n=310) に対する割合	「あり」を選択し た意見書(n=251) に対する割合
「移動」の項で「あり」を選択した意見書	251	81.0%	100.0%
上記のうち自由記載欄に記載あり	251	81.0%	100.0%
転倒リスク・注意	158	51.0%	62.9%
見守り(が必要)	23	7.4%	9.2%
介助(が必要)	56	18.1%	22.3%
杖の使用	7	2.3%	2.8%
車いすの使用	14	4.5%	5.6%
その他	20	6.5%	8.0%

図表 33 「4(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項―運動」欄
で出現頻度の高い語・文章

語・文章	記載がある意見書		
	件数	全意見書(n=310) に対する割合	「あり」を選択し た意見書(n=135) に対する割合
「運動」の項で「あり」を選択した意見書	135	43.5%	100.0%
上記のうち自由記載欄に記載あり	135	43.5%	100.0%
転倒リスク・注意	86	27.7%	63.7%
痛み(あり)	10	3.2%	7.4%
見守り(が必要)	6	1.9%	4.4%
軽い強度・負荷	9	2.9%	6.7%
不可・できない	8	2.6%	5.9%
その他	29	9.4%	21.5%

第5章 主治医意見書のチェック内容と二次判定における要介護度引き上げとの関係に関する分析

1. 分析内容

一次判定→二次判定における要介護度の変更は、その大半が引き上げ(より重度への判定)によるものである。これを考慮し、ここでは、主治医意見書のチェックボックスによる記載欄にどのようなチェックがなされたかに応じて、引き上げ率がどのように変わるのかについて分析した。

同様の分析は、A 広域連合のデータを用いて、2019 年度調査研究でも行ったが、今回の分析では、下記の点を踏まえた分析設計とした。

- 2019年度調査研究では、「麻痺」「褥瘡」などの項目の多くについて、「様々な医療処置の必要性や身体の機能低下が認められる群の方が、一次判定→二次判定での要介護度の引き上げが起こりにくい」という逆転した結果が散見された。
- その背景として、主治医意見書の記載項目とほぼ同じ内容の項目が、要介護認定調査の認定調査票(基本項目)にも含まれており、一次判定の要介護度に、すでにこれらの項目が反映されているため、認定調査票と主治医意見書とで大きく評価が分かれにくい限り、主治医意見書の記載に基づく二次判定の変更に至ることが少ない、という可能性が想定される。
- これを踏まえ、本調査研究の分析に当たっては、「一次判定の要介護度」別にそれぞれ分析を行い、それぞれの要介護度における、「二次判定での引き上げ率」に着目した。
- これにあたり、「主治医意見書が要因となって二次判定で要介護度が引き上がる」こと背景としては、「①認定調査票に類似の項目がなく、主治医意見書で新たに追加された情報が要因となって、要介護度が引き上がる」パターンや、「②認定調査票に類似の項目があるが、主治医意見書の方がより重度との判断をしており、これが要因となって要介護度が引き上がる」パターンが想定される。
- この2つのパターンを想定して、「①認定調査票に類似の項目がないものについては、主治医意見書のチェック内容の違い」に応じて、「②認定調査票に類似の項目があるものについては、「主治医意見書が認定調査票よりも重度の判断をしているか否か」に応じて、それぞれ A 群・B 群の 2 群を設定し、二次判定における要介護度の引き上がり率を比較した。
- 上記のうち、「①:認定調査票に類似の項目がないものに関する、主治医意見書のチェックの影響の分析」においては、主治医意見書のチェック内容が、より重度と考えられるものを「A 群」、より軽度と考えられるものを「B 群」とした。また、「②:認定調査票に類似の項目があるものに関する、「主治医意見書の方がより重度の判断」であることの影響の分析」においては、認定調査票の選択内容は両群で同一のものとし、主治医意見書の判断が、認定調査票よりも重度と考えられるものを「A 群」、そうでないものを「B 群」とした。

分析対象としたのは、主治医意見書のチェックボックス項目が広汎にデータ化されている、「A 広域連合」および「B 市」のデータである。

2. 分析結果

A群とB群との間に、「二次判定における要介護度の引き上がり率」の(χ^2 分析において有意水準5%の)有意な差が多く得られたのは、データ数の多い「A 広域連合」である。

「A 広域連合」のデータでは、主治医意見書のうち「3(3)認知症の行動・心理症状(BPSD)」の大半の項目について、「一次判定:要支援1 → 二次判定:要支援 2 以上」「一次判定:要支援 2・要介護 1 → 二次判定:要介護 2 以上」「一次判定:要介護 2 → 二次判定:要介護 3 以上」の引き上がり率が、B群よりもA群で有意に高かった。

このうち、認定調査票には項目のないチェックボックス(例:暴言)については、「A 群:チェックあり」「B 群:チェックなし」間の比較において、A 群の方が引き上がり率が有意に高いという結果を得たが(図表 34)、認定調査票にも項目のあるチェックボックス(例:介護への抵抗)についても、「A 群:認定調査票では「ない」とされていたが主治医意見書ではチェックあり」「B 群:認定調査票では「ない」とされており、主治医意見書でもチェックなし」間の比較において、A 群の方が引き上がり率が有意に高いという結果を得た(図表 35)。これは、「認定調査票での記載内容をもとに算出された一次判定の結果に対し、当該項目について、主治医意見書が認定調査票「より重度である」との判断をしたことで、一次判定の結果を上書きする形で、二次判定での要介護度の引き上がり率がもたらされた」という可能性を示唆する結果と考えられる。

また、「B 市」においても、「3(3)認知症の行動・心理症状(BPSD)」の一部の項目に、引き上がり率がB群よりもA群で有意に高いものがみられた(図表 36)。

図表 34 主治医意見書のチェック内容による、「一次判定→二次判定での要介護度の引き上げ率」の対比(A 広域連合)
 —①認定調査票に類似の項目がないものに関する、主治医意見書のチェックの影響

主治医意見書の項目		一次判定での要介護度→		非該当				要支援1				要支援2・要介護1				要介護2				要介護3				要介護4				各群の件数			
		二次判定での引き上げ状況→		要支援1以上となった割合		χ ² 検定		要支援2以上となった割合		χ ² 検定		要介護2以上となった割合		χ ² 検定		要介護3以上となった割合		χ ² 検定		要介護4以上となった割合		χ ² 検定		要介護5となった割合		χ ² 検定					
		A群 (より重度の記載 と考えられる群)	B群 (より軽度の記載 と考えられる群)	A群	B群	A群-B群	p値	A群	B群	A群-B群	p値	A群	B群	A群-B群	p値	A群	B群	A群-B群	p値	A群	B群	A群-B群	p値	A群	B群	A群-B群	p値			A群	B群
3(3)	B P S D	幻視・幻聴	チェックあり	チェックなし	76.5%	64.5%	12.0pt	79.4%	33.3%	14.7%	18.6pt	9.5%	11.8%	5.3%	6.5pt	0.7%	24.4%	11.9%	12.6pt	0.9%	8.3%	4.0%	4.3pt	35.2%	1.2%	1.3%	-0.1pt	100.0%	462	7,303	
		妄想	チェックあり	チェックなし	72.7%	64.5%	8.2pt	89.3%	43.8%	14.0%	29.8pt	0.0%	12.9%	4.9%	8.0pt	0.0%	29.6%	10.5%	19.1pt	0.0%	8.1%	3.9%	4.2pt	22.1%	1.4%	1.3%	0.1pt	100.0%	760	7,005	
		暴言	チェックあり	チェックなし	75.0%	64.6%	10.4pt	86.5%	45.5%	14.3%	31.2pt	0.0%	14.6%	5.1%	9.5pt	0.0%	30.4%	10.9%	19.4pt	0.0%	8.0%	4.1%	4.0pt	40.5%	2.3%	1.1%	1.2pt	73.8%	569	7,196	
		暴行	チェックあり	チェックなし	33.3%	65.3%	-31.9pt	72.1%	50.0%	14.8%	35.2pt	2.2%	16.7%	5.5%	11.2pt	2.2%	60.0%	11.6%	48.4pt	0.0%	2.6%	4.6%	-1.9pt	95.7%	0.0%	1.3%	-1.3pt	89.3%	168	7,597	
		火の不始末	チェックあり	チェックなし	83.3%	64.1%	19.2pt	42.5%	23.2%	14.7%	8.5pt	38.6%	7.0%	5.6%	1.4pt	90.6%	15.0%	12.8%	2.2pt	96.9%	6.3%	4.4%	1.9pt	96.9%	0.0%	1.3%	-1.3pt	97.6%	339	7,426	
		不潔行為	チェックあり	チェックなし	55.6%	65.2%	-9.7pt	94.8%	20.0%	15.0%	5.0pt	97.9%	17.8%	5.4%	12.4pt	0.0%	34.2%	11.3%	22.9pt	0.0%	3.2%	4.6%	-1.3pt	97.1%	0.0%	1.4%	-1.4pt	75.5%	314	7,451	
		異食行動	チェックあり	チェックなし	50.0%	65.1%	-15.1pt	97.8%	0.0%	15.1%	-15.1pt	98.1%	10.0%	5.6%	4.4pt	95.0%	33.3%	12.8%	20.6pt	52.3%	0.0%	4.5%	-4.5pt	91.4%	0.0%	1.3%	-1.3pt	97.8%	45	7,720	
		性的問題行動	チェックあり	チェックなし	100.0%	64.9%	35.1pt	91.0%	50.0%	15.0%	35.0pt	59.1%	100.0%	5.6%	94.4pt	0.1%	0.0%	12.9%	-12.9pt	93.1%	25.0%	4.4%	20.6pt	26.4%	0.0%	1.3%	-1.3pt	99.7%	15	7,750	
3(4)		その他の精神・神経症状	「有」	「無」or チェックなし	100.0%	64.7%	35.3pt	65.3%	14.3%	15.1%	-0.8pt	100.0%	7.1%	5.7%	1.5pt	99.0%	21.1%	12.7%	8.3pt	76.5%	11.1%	4.4%	6.7pt	81.5%	0.0%	1.3%	-1.3pt	98.2%	86	7,679	
3(5)	身 体 の 状 態	四肢欠損	チェックあり	チェックなし	-	65.0%	-	-	33.3%	15.0%	18.3pt	85.3%	0.0%	5.7%	-5.7pt	89.6%	0.0%	12.9%	-12.9pt	98.6%	0.0%	4.5%	-4.5pt	99.3%	-	0.0%	0.0%	0.0pt	-	16	7,749
		上肢の麻痺	「中」or「重」	「軽」or チェックなし	100.0%	100.0%	-	-	0.0%	33.3%	-33.3pt	64.4%	0.0%	8.3%	-8.3pt	71.0%	7.7%	0.0%	7.7pt	90.4%	0.0%	0.0%	0.0pt	-	0.0%	0.0%	0.0pt	-	59	45	
		下肢の麻痺	「中」or「重」	「軽」or チェックなし	100.0%	100.0%	0.0pt	-	20.0%	25.0%	-5.0pt	99.8%	0.0%	5.6%	-5.6pt	68.7%	8.3%	0.0%	8.3pt	87.3%	0.0%	0.0%	0.0pt	-	0.0%	0.0%	0.0pt	-	71	52	
		筋力の低下	チェックあり	チェックなし	79.2%	63.0%	16.2pt	18.3%	16.1%	14.9%	1.2pt	98.3%	3.3%	6.0%	-2.7pt	20.5%	13.1%	12.9%	0.3pt	100.0%	6.4%	4.2%	2.2pt	82.3%	0.9%	1.3%	-0.4pt	98.9%	960	6,805	
			「中」or「重」	「軽」or チェックなし	78.6%	79.4%	-0.8pt	100.0%	13.3%	17.5%	-4.2pt	91.5%	4.8%	2.0%	2.9pt	47.0%	16.3%	8.5%	7.8pt	59.9%	7.7%	3.4%	4.2pt	89.5%	1.1%	0.0%	1.1pt	97.7%	501	459	
		関節の拘縮	「中」or「重」	「軽」or チェックなし	80.0%	60.0%	20.0pt	92.4%	16.1%	14.8%	1.3pt	99.9%	4.5%	7.0%	-2.5pt	95.7%	8.3%	13.3%	-5.0pt	96.9%	0.0%	23.1%	-23.1pt	20.4%	0.0%	0.0%	0.0pt	-	171	123	
		関節の痛み	チェックあり	チェックなし	63.2%	65.1%	-1.9pt	99.9%	14.2%	15.1%	-1.0pt	99.4%	3.5%	5.8%	-2.3pt	54.4%	9.4%	13.1%	-3.7pt	86.2%	5.1%	4.4%	0.7pt	99.8%	0.0%	1.3%	-1.3pt	89.0%	509	7,256	
			「中」or「重」	「軽」or チェックなし	70.0%	55.6%	14.4pt	93.5%	12.5%	15.8%	-3.3pt	96.9%	4.4%	2.2%	2.3pt	83.6%	9.5%	9.1%	0.4pt	100.0%	9.1%	0.0%	9.1pt	65.3%	0.0%	0.0%	0.0pt	-	293	216	
		上肢の失調・不随意運動	チェックあり	チェックなし	100.0%	64.9%	35.1pt	91.0%	25.0%	15.0%	10.0pt	95.8%	4.8%	5.7%	-0.9pt	99.8%	11.1%	12.9%	-1.8pt	99.9%	0.0%	4.5%	-4.5pt	97.2%	0.0%	1.3%	-1.3pt	99.8%	43	7,722	
		下肢の失調・不随意運動	チェックあり	チェックなし	100.0%	64.9%	35.1pt	91.0%	16.7%	15.1%	1.6pt	100.0%	0.0%	5.7%	-5.7pt	93.6%	20.0%	12.9%	7.1pt	97.3%	0.0%	4.5%	-4.5pt	98.7%	-	1.3%	-	-	22	7,743	
		体幹の失調・不随意運動	チェックあり	チェックなし	100.0%	64.9%	35.1pt	91.0%	66.7%	14.9%	51.7pt	10.0%	0.0%	5.7%	-5.7pt	94.8%	0.0%	12.9%	-12.9pt	96.1%	25.0%	4.4%	20.6pt	26.4%	-	1.3%	-	-	16	7,749	
		褥瘡	チェックあり	チェックなし	-	65.0%	-	-	0.0%	15.1%	-15.1pt	94.9%	0.0%	5.7%	-5.7pt	93.6%	0.0%	12.9%	-12.9pt	96.1%	0.0%	4.5%	-4.5pt	98.0%	0.0%	1.3%	-1.3pt	99.3%	22	7,743	
			「中」or「重」	「軽」or チェックなし	-	-	-	-	-	0.0%	-	-	-	0.0%	-	-	0.0%	0.0%	0.0pt	-	0.0%	0.0%	0.0pt	-	0.0%	0.0%	0.0pt	-	5	17	
その他の皮膚疾患	チェックあり	チェックなし	-	65.0%	-	-	0.0%	15.1%	-15.1pt	82.8%	8.3%	5.7%	2.7pt	98.4%	0.0%	12.9%	-12.9pt	93.1%	0.0%	4.5%	-4.5pt	98.0%	0.0%	1.3%	-1.3pt	98.8%	34	7,731			
	「中」or「重」	「軽」or チェックなし	-	-	-	-	-	0.0%	-	-	-	0.0%	16.7%	-16.7pt	77.9%	0.0%	0.0%	0.0pt	-	0.0%	0.0%	0.0pt	-	0.0%	0.0%	0.0pt	-	15	19		
4(1)	移 動	車いすの使用	「主に他人が操作している」	左記以外	50.0%	65.1%	-15.1pt	97.8%	0.0%	15.1%	-15.1pt	87.1%	7.9%	5.6%	2.3pt	89.1%	12.5%	12.9%	-0.4pt	100.0%	7.8%	4.3%	3.6pt	69.4%	1.1%	1.3%	-0.2pt	99.8%	261	7,504	
		歩行補助具・装具の使用	「屋外で使用」or 「屋内で使用」	左記以外	77.3%	64.2%	13.0pt	67.2%	14.9%	15.1%	-0.1pt	100.0%	3.3%	5.9%	-2.6pt	28.3%	10.2%	13.1%	-2.9pt	87.6%	0.0%	4.7%	-4.7pt	52.8%	0.0%	1.3%	-1.3pt	93.7%	661	7,104	
4(7)		感染症の有無	「有」	「無」or チェックなし	100.0%	64.9%	35.1pt	91.0%	50.0%	15.0%	35.0pt	59.1%	11.1%	5.6%	5.5pt	91.9%	50.0%	12.8%	37.2pt	48.3%	0.0%	4.5%	-4.5pt	99.3%	33.3%	1.2%	32.1pt	0.0%	19	7,746	

【凡例】 …p<0.1% …p<1% …p<5%

図表 35 主治医意見書のチェック内容による、「一次判定→二次判定での要介護度の引き上げ率」の対比(A 広域連合)
 ②認定調査票に類似の項目があるものに関する、「主治医意見書の方がより重度の判断」であることの影響

主治医意見書の項目	一次判定での要介護度→		非該当				要支援1				要支援2・要介護1				要介護2				要介護3				要介護4				各群の件数	
	二次判定での引き上げ状況→		要支援1以上となった割合		χ^2 検定	要支援2以上となった割合		χ^2 検定	要介護2以上となった割合		χ^2 検定	要介護3以上となった割合		χ^2 検定	要介護4以上となった割合		χ^2 検定	要介護5となった割合		χ^2 検定								
	A群 (認定調査票よりも主治医意見書の方が重度と考えられる群)	B群 (A群以外)	A群	B群	A群-B群	p値	A群	B群	A群-B群	p値	A群	B群	A群-B群	p値	A群	B群	A群-B群	p値	A群	B群	A群-B群	p値	A群	B群				
3(1) 障害高齢者の日常生活自立度	主治医意見書の方が重度判定	左記以外	67.3%	64.1%	3.2pt	95.3%	17.6%	13.8%	3.9pt	32.4%	6.4%	5.2%	1.2pt	58.7%	15.2%	11.3%	3.8pt	32.3%	4.0%	4.7%	-0.7pt	97.9%	1.0%	1.4%	-0.4pt	97.7%	2,593	5,172
3(3) BPSD 介護への抵抗 徘徊	認定調査票 = 「ない」 主治医意見書 = チェックあり	認定調査票 = 「ない」 主治医意見書 = チェックなし	60.0%	65.0%	-5.0pt	99.1%	20.0%	14.7%	5.3pt	93.1%	13.1%	4.8%	8.4pt	0.3%	34.4%	9.4%	25.0pt	0.0%	4.0%	4.2%	-0.2pt	100.0%	0.0%	1.4%	-1.4pt	81.3%	309	6,957
			77.3%	64.2%	13.0pt	67.2%	38.7%	14.3%	24.4pt	0.3%	14.6%	4.5%	10.0pt	0.0%	26.8%	8.9%	17.9pt	0.0%	7.7%	3.8%	3.9pt	40.0%	1.5%	1.1%	0.5pt	97.5%	579	6,864
			77.8%	64.4%	13.4pt	71.6%	47.1%	14.7%	32.4pt	0.3%	18.5%	4.8%	13.7pt	0.0%	39.2%	8.9%	30.3pt	0.0%	2.0%	4.3%	-2.3pt	89.9%	0.0%	1.4%	-1.4pt	89.5%	269	7,259
3(5) 身体の状態 上肢の麻痺 下肢の麻痺 関節の拘縮	認定調査票 = 「ない」 主治医意見書 = チェックあり	認定調査票 = 「ない」 主治医意見書 = チェックなし	100.0%	64.8%	35.2pt	65.4%	12.5%	15.1%	-2.6pt	99.8%	8.3%	6.0%	2.4pt	98.9%	12.5%	14.2%	-1.7pt	99.9%	0.0%	3.9%	-3.9pt	95.6%	0.0%	0.2%	-0.2pt	100.0%	44	6,367
			100.0%	64.8%	35.2pt	65.4%	20.0%	15.5%	4.5pt	99.4%	5.0%	5.7%	-0.7pt	99.9%	0.0%	15.5%	-15.5pt	69.0%	0.0%	2.5%	-2.5pt	98.8%	0.0%	0.0%	0.0pt	-	43	4,724
			85.7%	64.4%	21.3pt	71.3%	5.7%	15.3%	-9.6pt	48.7%	7.8%	5.9%	2.0pt	95.2%	0.0%	14.4%	-14.4pt	68.0%	0.0%	3.2%	-3.2pt	94.8%	0.0%	0.2%	-0.2pt	99.9%	125	4,801
4(1) 移動 屋外歩行	認定調査票 = 「歩行できる」 主治医意見書 = 「介助があればしている」 or「していない」	認定調査票 = 「歩行できる」 主治医意見書 = 左記以外	92.9%	61.3%	31.5pt	12.8%	15.0%	15.7%	-0.7pt	100.0%	5.1%	7.0%	-1.9pt	95.7%	25.0%	25.6%	-0.6pt	100.0%	0.0%	2.1%	-2.1pt	98.8%	0.0%	0.0%	0.0pt	-	144	2,030

【凡例】 …p<0.1% …p<1% …p<5%

図表 36 主治医意見書のチェック内容による、「一次判定→二次判定での要介護度の引き上げ率」の対比(B市)
 ―①認定調査票に類似の項目がないものに関する、主治医意見書のチェックの影響

主治医意見書の項目	一次判定での要介護度→		非該当				要支援1				要支援2・要介護1				要介護2				要介護3				要介護4				各群の件数		
	二次判定での引き上げ状況→		要支援1以上となった割合		χ ² 検定		要支援2以上となった割合		χ ² 検定		要介護2以上となった割合		χ ² 検定		要介護3以上となった割合		χ ² 検定		要介護4以上となった割合		χ ² 検定		要介護5となった割合		χ ² 検定				
	A群 (より重度の記載 と考えられる群)	B群 (より軽度の記載 と考えられる群)	A群	B群	A群-B群	p値	A群	B群	A群-B群	p値	A群	B群	A群-B群	p値	A群	B群	A群-B群	p値	A群	B群	A群-B群	p値	A群	B群	A群-B群	p値			A群
3(3) BPSD	チェックあり	チェックなし	幻視・幻聴	100.0%	85.0%	15.0pt	91.5%	40.0%	15.7%	24.3pt	57.8%	9.5%	7.4%	2.1pt	98.9%	26.7%	14.9%	11.8pt	71.9%	9.1%	12.2%	-3.1pt	99.3%	6.7%	9.7%	-3.1pt	98.6%	70	736
			妄想	100.0%	83.3%	16.7pt	81.1%	16.7%	17.0%	-0.4pt	100.0%	4.3%	8.1%	-3.7pt	85.3%	38.1%	12.0%	26.1pt	3.3%	6.7%	12.8%	-6.1pt	92.8%	12.5%	9.2%	3.3pt	99.2%	101	705
			暴言	100.0%	85.7%	14.3pt	95.5%	50.0%	16.3%	33.7pt	66.5%	23.1%	6.2%	16.8pt	2.1%	33.3%	15.0%	18.3pt	55.9%	25.0%	10.8%	14.2pt	69.9%	0.0%	10.1%	-10.1pt	80.1%	56	750
			暴行	-	87.0%	-	-	17.0%	-	-	-	25.0%	7.1%	17.9pt	31.1%	0.0%	16.5%	-16.5pt	94.1%	25.0%	11.3%	13.7pt	87.7%	100.0%	8.7%	81.3pt	2.1%	15	791
			火の不始末	100.0%	85.7%	14.3pt	95.5%	16.7%	17.0%	-0.4pt	100.0%	8.2%	7.4%	0.7pt	99.9%	22.2%	15.3%	6.9pt	91.0%	0.0%	12.5%	-12.5pt	87.1%	0.0%	9.8%	-9.8pt	91.0%	85	721
			不潔行為	-	87.0%	-	-	100.0%	15.2%	84.8pt	1.9%	0.0%	7.8%	-7.8pt	83.9%	33.3%	15.4%	17.9pt	71.9%	12.5%	11.8%	0.7pt	100.0%	10.0%	9.3%	0.7pt	100.0%	36	770
			異食行動	-	87.0%	-	-	17.0%	-	-	-	0.0%	7.6%	-7.6pt	-	-	16.3%	-	-	-	11.9%	-	-	0.0%	9.5%	-9.5pt	97.6%	2	804
性的問題行動	-	87.0%	-	-	17.0%	-	-	-	0.0%	7.6%	-7.6pt	99.4%	-	16.3%	-	-	-	12.0%	-12.0pt	98.7%	-	9.4%	-	-	2	804			
3(4)	その他の	「有」	「無」or	83.3%	88.2%	-4.9pt	99.3%	54.5%	12.0%	42.5pt	0.6%	6.3%	7.8%	-1.5pt	98.7%	22.2%	14.7%	7.5pt	82.9%	14.3%	11.3%	3.0pt	98.6%	15.0%	8.3%	6.7pt	83.0%	133	673
3(5) 身体 の状態	四肢欠損	チェックあり	チェックなし	-	87.0%	-	-	0.0%	17.2%	-17.2pt	97.6%	0.0%	7.6%	-7.6pt	99.4%	0.0%	16.4%	-16.4pt	97.8%	-	11.9%	-	-	9.4%	-	3	803		
		「中」or「重」	「軽」or	-	100.0%	-	-	25.0%	0.0%	25.0pt	89.6%	15.4%	9.1%	6.3pt	97.5%	8.3%	16.7%	-8.3pt	96.4%	15.4%	0.0%	15.4pt	75.4%	12.5%	0.0%	12.5pt	90.7%	58	32
	上肢の麻痺	チェックあり	チェックなし	-	100.0%	-	-	0.0%	20.0%	-20.0pt	92.6%	14.3%	6.3%	8.0pt	91.1%	8.3%	25.0%	-16.7pt	79.0%	18.2%	0.0%	18.2pt	53.2%	11.1%	0.0%	11.1pt	94.7%	57	45
		「中」or「重」	「軽」or	93.3%	75.0%	18.3pt	67.2%	14.8%	20.0%	-5.2pt	93.2%	6.8%	8.9%	-2.1pt	92.0%	15.8%	17.6%	-1.9pt	99.6%	13.3%	5.6%	7.7pt	84.1%	7.7%	16.7%	-9.0pt	60.4%	558	248
	筋力の低下	チェックあり	チェックなし	100.0%	92.9%	7.1pt	99.4%	21.4%	12.5%	8.9pt	88.4%	4.8%	8.1%	-3.4pt	82.6%	14.6%	17.0%	-2.4pt	99.1%	17.2%	4.0%	13.2pt	44.6%	8.6%	4.3%	4.3pt	92.6%	286	272
		「中」or「重」	「軽」or	-	-	-	-	0.0%	28.6%	-28.6pt	94.4%	0.0%	6.5%	-6.5pt	79.8%	23.1%	22.2%	0.9pt	100.0%	0.0%	0.0%	0.0pt	-	18.2%	0.0%	18.2pt	55.6%	62	61
	関節の拘縮	チェックあり	チェックなし	100.0%	75.0%	25.0pt	36.7%	10.0%	22.2%	-12.2pt	48.8%	5.5%	9.1%	-3.6pt	67.5%	21.3%	13.4%	7.9pt	71.6%	13.3%	10.7%	2.6pt	98.3%	2.7%	12.1%	-9.4pt	43.6%	325	481
		「中」or「重」	「軽」or	100.0%	100.0%	0.0pt	-	16.7%	7.1%	9.5pt	83.8%	6.3%	4.9%	1.3pt	99.0%	23.3%	17.6%	5.7pt	97.6%	16.7%	6.7%	10.0pt	83.4%	3.8%	0.0%	3.8pt	93.3%	166	159
	関節の痛み	チェックあり	チェックなし	100.0%	85.7%	14.3pt	95.5%	100.0%	16.1%	83.9pt	17.7%	8.3%	7.5%	0.8pt	100.0%	20.0%	16.1%	3.9pt	99.7%	0.0%	12.4%	-12.4pt	90.5%	0.0%	9.8%	-9.8pt	88.5%	30	776
		「中」or「重」	「軽」or	66.7%	90.0%	-23.3pt	74.1%	-	17.0%	-	-	12.5%	7.4%	5.1pt	96.2%	0.0%	16.7%	-16.7pt	89.7%	0.0%	12.5%	-12.5pt	87.1%	0.0%	9.5%	-9.5pt	97.6%	21	785
	上肢の失調・不随意運動	チェックあり	チェックなし	100.0%	86.4%	13.6pt	98.4%	-	17.0%	-	-	0.0%	7.6%	-7.6pt	95.4%	25.0%	16.0%	9.0pt	97.3%	0.0%	12.2%	-12.2pt	93.7%	0.0%	9.5%	-9.5pt	97.6%	14	792
「中」or「重」		「軽」or	-	87.0%	-	-	100.0%	16.1%	83.9pt	17.7%	-	7.6%	-	-	0.0%	16.5%	-16.5pt	94.1%	33.3%	11.2%	22.1pt	71.5%	0.0%	9.6%	-9.6pt	95.7%	9	797	
褥瘡	チェックあり	チェックなし	-	-	-	-	-	100.0%	-	-	-	-	-	-	0.0%	-	-	-	50.0%	0.0%	50.0pt	86.1%	0.0%	0.0%	0.0pt	-	5	4	
	「中」or「重」	「軽」or	100.0%	86.4%	13.6pt	98.4%	100.0%	16.1%	83.9pt	17.7%	20.0%	7.4%	12.6pt	77.1%	0.0%	16.9%	-16.9pt	79.8%	0.0%	12.5%	-12.5pt	87.1%	0.0%	9.8%	-9.8pt	91.0%	22	784	
その他の皮膚疾患	チェックあり	チェックなし	100.0%	-	-	-	100.0%	-	-	-	33.3%	0.0%	33.3pt	84.1%	0.0%	0.0%	0.0pt	-	0.0%	0.0%	0.0pt	-	0.0%	0.0%	-	10	12		
	「中」or「重」	「軽」or	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
4(1) 移動	車いすの使用 歩行補助具・ 装具の使用	「主に他人が 「屋外で使用」or 「屋内で使用」	左記以外	-	87.0%	-	-	33.3%	16.5%	16.8pt	90.0%	7.7%	7.5%	0.2pt	100.0%	12.0%	17.3%	-5.3pt	93.7%	17.4%	7.3%	10.1pt	48.4%	8.9%	10.5%	-1.6pt	99.4%	190	616
		左記以外	100.0%	80.0%	20.0pt	60.6%	12.8%	21.3%	-8.5pt	75.2%	6.0%	9.4%	-3.4pt	72.5%	13.7%	19.6%	-5.9pt	84.4%	4.4%	17.9%	-13.4pt	23.2%	2.7%	12.1%	-9.4pt	43.6%	392	414	
4(7)	感染症の有無	「有」	「無」or	-	87.0%	-	-	0.0%	17.4%	-17.4pt	93.6%	0.0%	7.6%	-7.6pt	97.0%	0.0%	16.4%	-16.4pt	97.8%	-	11.9%	-	-	9.4%	-	6	800		

【凡例】 …p<0.1% …p<1% …p<5%

図表 37 主治医意見書のチェック内容による、「一次判定→二次判定での要介護度の引き上げ率」の対比(B市)
 ②認定調査票に類似の項目があるものに関する、「主治医意見書の方がより重度の判断」であることの影響

主治医意見書の項目		一次判定での要介護度→		非該当				要支援1				要支援2・要介護1				要介護2				要介護3				要介護4				各群の件数	
		二次判定での引き上げ状況→		要支援1以上となった割合		χ^2 検定		要支援2以上となった割合		χ^2 検定		要介護2以上となった割合		χ^2 検定		要介護3以上となった割合		χ^2 検定		要介護4以上となった割合		χ^2 検定		要介護5となった割合		χ^2 検定			
		A群 (認定調査票よりも主治医意見書の方が重度と考えられる群)	B群 (A群以外)	A群	B群	A群-B群	p値	A群	B群	A群-B群	p値	A群	B群	A群-B群	p値	A群	B群	A群-B群	p値	A群	B群	A群-B群	p値	A群	B群	A群-B群	p値		
3(1)	障害高齢者の日常生活自立度	主治医意見書の方が重度判定	左記以外	100.0%	83.3%	16.7pt	81.1%	15.4%	17.3%	-1.9pt	99.9%	5.3%	8.0%	-2.8pt	91.5%	18.9%	15.2%	3.7pt	96.6%	10.7%	12.3%	-1.6pt	99.7%	10.7%	9.0%	1.7pt	99.5%	168	638
3(3)	BPSD 昼夜逆転 介護への抵抗 徘徊	認定調査票 = 「ない」 主治医意見書 = チェックあり	認定調査票 = 「ない」 主治医意見書 = チェックなし	100.0%	85.0%	15.0pt	91.5%	25.0%	16.7%	8.3pt	97.9%	6.7%	6.9%	-0.3pt	100.0%	23.5%	14.3%	9.2pt	81.6%	10.5%	13.9%	-3.4pt	98.5%	0.0%	11.2%	-11.2pt	74.1%	98	652
		認定調査票 = 「ない」 主治医意見書 = チェックあり	認定調査票 = 「ない」 主治医意見書 = チェックなし	100.0%	84.2%	15.8pt	86.7%	16.7%	17.0%	-0.4pt	100.0%	11.8%	6.6%	5.2pt	74.7%	7.1%	14.4%	-7.3pt	90.6%	20.0%	11.3%	8.7pt	89.2%	0.0%	11.6%	-11.6pt	61.4%	82	658
3(5)	身体の状態 上肢の麻痺 下肢の麻痺 関節の拘縮	認定調査票 = 「ない」 主治医意見書 = チェックあり	認定調査票 = 「ない」 主治医意見書 = チェックなし	100.0%	85.7%	14.3pt	95.5%	0.0%	17.6%	-17.6pt	88.8%	14.3%	7.8%	6.5pt	94.2%	0.0%	18.2%	-18.2pt	77.7%	33.3%	14.5%	18.8pt	69.9%	0.0%	2.6%	-2.6pt	98.4%	29	627
		認定調査票 = 「ない」 主治医意見書 = チェックあり	認定調査票 = 「ない」 主治医意見書 = チェックなし	100.0%	85.0%	15.0pt	95.1%	0.0%	15.4%	-15.4pt	78.3%	0.0%	9.0%	-9.0pt	92.0%	33.3%	23.5%	9.8pt	98.6%	25.0%	5.9%	19.1pt	71.2%	-	5.0%	-	-	20	278
		認定調査票 = 「ない」 主治医意見書 = チェックあり	認定調査票 = 「ない」 主治医意見書 = チェックなし	100.0%	86.4%	-	-	28.6%	15.4%	13.2pt	85.2%	5.0%	9.0%	-4.0pt	94.9%	50.0%	19.6%	30.4pt	31.7%	0.0%	15.2%	-15.2pt	83.0%	0.0%	4.2%	-4.2pt	96.0%	47	388
4(1)	移動 屋外歩行	認定調査票 = 「歩行できる」 主治医意見書 = 「介助があればしている」 or「していない」	認定調査票 = 「歩行できる」 主治医意見書 = 左記以外	100.0%	76.9%	23.1pt	83.7%	14.3%	15.2%	-0.9pt	100.0%	5.9%	11.1%	-5.2pt	86.0%	47.1%	16.7%	30.4pt	63.3%	0.0%	0.0%	0.0pt	-	-	0.0%	-	-	63	148

【凡例】 …p<0.1% …p<1% …p<5%

第6章 主治医意見書のチェック内容と認定期間月数との関係に関する分析

1. 分析内容

ここでは、主治医意見書のチェックボックスによる記載欄にどのようなチェックがなされたかに応じて、要介護認定の有効期間の月数がどのように変わるのかについて分析した。

なお、第3章2.(2)でみた通り、有効期間の設定の在り方は保険者によって大きく異なり、特に A 広域連合は有効期間を極力最大限にとる運用をしている(ケースに応じた短い有効期間の設定を行うことがきわめて稀である)」と考えられる。これを踏まえ、本分析では A 広域連合のデータを分析対象外とし、B 市のデータと C 市の突合電子データ)のみを分析対象とすることとした。

また、B 市のデータには「大半のチェックボックス項目のデータが含まれるが診断名のデータは含まれない」一方、C 市の突合電子データには「チェックボックス項目のうち含まれるデータは一次判定使用項目等に限られるが、診断名のデータが(C 市が独自に設定したカテゴリによる傷病区分の形で)含まれる」という違いがある。これを踏まえ、B 市のデータについては「チェックボックス項目と認定期間の長さとの関係」を分析し、C 市の突合電子データについては「傷病カテゴリと認定期間の長さとの関係」を分析することとした。

分析対象とする申請は、B 市・C 市において、有効期間が 12 ヶ月・24 ヶ月・36 ヶ月のそれぞれに一定以上のケース数のある、更新申請のみとした。

さらに、有効期間の設定の在り方は要介護度によっても大きく変わることを考慮し、集計にあたっては、二次判定による要介護度別の区分集計とした。

2. 分析結果

それぞれの項目について、要介護度ごとに有効期間の長さや 36 ヶ月の設定割合の大小が逆転する等、「チェックの有無や傷病の種類により、有効期間が長く/短く設定される」という明確な傾向を示すものは得られなかった。

図表 38 主治医意見書の記載内容による要介護認定の有効月数の違い(B市)

申請の種類		更新申請																						
二次判定の要介護度		要支援1			要支援2			要介護1			要介護2			要介護3			要介護4			要介護5				
主治医意見書の項目		記載内容	該当数	有効月数(平均)	36ヶ月の割合	該当数	有効月数(平均)	36ヶ月の割合	該当数	有効月数(平均)	36ヶ月の割合	該当数	有効月数(平均)	36ヶ月の割合	該当数	有効月数(平均)	36ヶ月の割合	該当数	有効月数(平均)	36ヶ月の割合	該当数	有効月数(平均)	36ヶ月の割合	
全体			42	20.9	31.0%	82	25.2	46.3%	114	19.2	20.2%	94	25.0	42.6%	72	26.5	50.0%	84	26.4	44.0%	56	29.8	66.1%	
1(2)	症状としての安定性	安定	36	20.3	27.8%	65	25.1	46.2%	82	18.7	19.5%	76	24.6	42.1%	49	26.7	51.0%	55	25.7	45.5%	45	30.9	68.9%	
		不明・チェックなし	3	28.0	66.7%	9	22.7	33.3%	11	20.7	27.3%	9	26.7	33.3%	11	27.3	45.5%	19	29.1	47.4%	7	22.3	42.9%	
		不安定	3	20.0	33.3%	8	28.5	62.5%	21	20.3	19.0%	9	26.7	55.6%	12	25.0	50.0%	10	25.2	30.0%	4	30.0	75.0%	
3(2)	認知症の中核症状	短期記憶	問題なし	24	20.0	25.0%	39	27.1	56.4%	27	15.1	11.1%	22	24.0	40.9%	12	27.0	58.3%	9	24.0	44.4%	3	36.0	100.0%
		問題あり	18	22.0	38.9%	43	23.4	37.2%	87	20.4	23.0%	72	25.3	43.1%	59	26.6	49.2%	75	26.7	44.0%	53	29.4	64.2%	
3(3)	BPSD	有	8	13.5	0.0%	21	25.7	47.6%	45	21.7	28.9%	33	25.5	45.5%	36	27.0	50.0%	35	26.1	40.0%	32	29.6	68.8%	
		無・チェックなし	34	22.6	38.2%	61	25.0	45.9%	69	17.5	14.5%	61	24.8	41.0%	36	26.0	50.0%	49	26.7	46.9%	24	30.0	62.5%	
3(4)	その他の精神・神経症状	有	3	12.0	0.0%	10	26.4	50.0%	23	19.6	17.4%	18	28.0	55.6%	15	24.8	46.7%	13	28.6	46.2%	16	30.0	68.8%	
		無・チェックなし	39	21.5	33.3%	72	25.0	45.8%	91	19.1	20.9%	76	24.3	39.5%	57	26.9	50.9%	71	26.0	43.7%	40	29.7	65.0%	
4(3)	現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態	尿失禁	チェックあり	14	19.7	28.6%	28	25.7	50.0%	59	20.5	23.7%	49	25.5	49.0%	52	26.5	50.0%	48	26.3	41.7%	35	29.1	65.7%
			チェックなし	28	21.4	32.1%	54	24.9	44.4%	55	17.7	16.4%	45	24.5	35.6%	20	26.4	50.0%	36	26.7	47.2%	21	30.9	66.7%
		転倒・骨折	チェックあり	31	20.5	29.0%	72	25.7	47.2%	94	18.6	19.1%	85	25.3	43.5%	64	26.1	48.4%	61	25.6	39.3%	34	27.9	58.8%
			チェックなし	11	21.8	36.4%	10	21.6	40.0%	20	21.6	25.0%	9	22.7	33.3%	8	30.0	62.5%	23	28.7	56.5%	22	32.7	77.3%
		移動能力の低下	チェックあり	28	21.9	35.7%	58	24.6	41.4%	90	18.9	20.0%	72	25.7	47.2%	64	27.2	54.7%	56	26.8	46.4%	35	28.1	60.0%
			チェックなし	14	18.9	21.4%	24	26.5	58.3%	24	20.3	20.8%	22	22.9	27.3%	8	21.0	12.5%	28	25.7	39.3%	21	32.6	76.2%
		褥瘡	チェックあり	1	36.0	100.0%	5	33.6	80.0%	6	15.0	16.7%	11	29.5	63.6%	22	24.5	40.9%	32	26.3	37.5%	37	30.5	70.3%
			チェックなし	41	20.5	29.3%	77	24.6	44.2%	108	19.4	20.4%	83	24.4	39.8%	50	27.4	54.0%	52	26.5	48.1%	19	28.4	57.9%
		心肺機能の低下	チェックあり	12	22.0	41.7%	21	26.9	57.1%	39	20.0	23.1%	38	24.9	42.1%	23	24.0	39.1%	38	26.5	39.5%	29	32.3	79.3%
			チェックなし	30	20.4	26.7%	61	24.6	42.6%	75	18.7	18.7%	56	25.1	42.9%	49	27.7	55.1%	46	26.3	47.8%	27	27.1	51.9%
		閉じこもり	チェックあり	15	20.8	33.3%	26	25.8	46.2%	53	20.8	24.5%	36	24.3	41.7%	31	27.5	54.8%	26	27.7	46.2%	17	31.8	76.5%
			チェックなし	27	20.9	29.6%	56	24.9	46.4%	61	17.7	16.4%	58	25.4	43.1%	41	25.8	46.3%	58	25.9	43.1%	39	28.9	61.5%
		意欲低下	チェックあり	13	19.4	30.8%	31	23.2	35.5%	62	20.6	24.2%	45	23.7	35.6%	43	27.1	53.5%	41	27.5	48.8%	29	29.8	69.0%
			チェックなし	29	21.5	31.0%	51	26.4	52.9%	52	17.4	15.4%	49	26.2	49.0%	29	25.7	44.8%	43	25.4	39.5%	27	29.8	63.0%
		徘徊	チェックあり	1	36.0	100.0%	2	18.0	0.0%	13	22.2	38.5%	9	24.0	33.3%	11	27.3	45.5%	7	30.9	71.4%	2	24.0	50.0%
			チェックなし	41	20.5	29.3%	80	25.4	47.5%	101	18.8	17.8%	85	25.1	43.5%	61	26.4	50.8%	77	26.0	41.6%	54	30.0	66.7%
		低栄養	チェックあり	4	24.0	50.0%	6	34.0	83.3%	11	18.5	27.3%	17	27.5	52.9%	16	27.8	56.3%	27	25.3	33.3%	20	28.2	60.0%
			チェックなし	38	20.5	28.9%	76	24.5	43.4%	103	19.2	19.4%	77	24.5	40.3%	56	26.1	48.2%	57	26.9	49.1%	36	30.7	69.4%
		摂食・嚥下機能低下	チェックあり	6	26.0	50.0%	6	34.0	83.3%	14	16.3	21.4%	14	29.1	57.1%	23	24.5	43.5%	27	25.3	33.3%	34	30.4	70.6%
チェックなし	36		20.0	27.8%	76	24.5	43.4%	100	19.6	20.0%	80	24.3	40.0%	49	27.4	53.1%	57	26.9	49.1%	22	28.9	59.1%		
脱水	チェックあり	6	28.0	66.7%	8	28.5	62.5%	12	19.0	16.7%	16	30.0	62.5%	14	24.9	50.0%	25	25.4	32.0%	19	31.6	78.9%		
	チェックなし	36	19.7	25.0%	74	24.8	44.6%	102	19.2	20.6%	78	24.0	38.5%	58	26.9	50.0%	59	26.8	49.2%	37	28.9	59.5%		
易感染性	チェックあり	3	20.0	33.3%	5	33.6	80.0%	11	18.0	18.2%	17	26.8	52.9%	16	27.0	56.3%	14	25.7	35.7%	11	29.5	63.6%		
	チェックなし	39	20.9	30.8%	77	24.6	44.2%	103	19.3	20.4%	77	24.6	40.3%	56	26.4	48.2%	70	26.6	45.7%	45	29.9	66.7%		
がん等による疼痛	チェックあり	2	24.0	50.0%	2	36.0	100.0%	2	18.0	0.0%	7	29.1	71.4%	4	36.0	100.0%	0	-	-	1	36.0	100.0%		
	チェックなし	40	20.7	30.0%	80	24.9	45.0%	112	19.2	20.5%	87	24.7	40.2%	68	25.9	47.1%	84	26.4	44.0%	55	29.7	65.5%		
4(4)	サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	期待できる	37	20.4	29.7%	76	25.4	47.4%	106	19.2	21.7%	86	24.6	41.9%	68	26.1	48.5%	60	25.4	40.0%	35	27.1	54.3%	
		不明・チェックなし	5	24.0	40.0%	6	22.0	33.3%	5	14.4	0.0%	7	29.1	42.9%	2	30.0	50.0%	15	30.4	60.0%	13	34.2	84.6%	
		期待できない	0	-	-	0	-	-	3	24.0	0.0%	1	36.0	100.0%	2	36.0	100.0%	9	26.7	44.4%	8	34.5	87.5%	
4(7)	感染症の有無	有	0	-	-	0	-	-	1	12.0	0.0%	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	-	
		無・チェックなし	42	20.9	31.0%	82	25.2	46.3%	113	19.2	20.4%	94	25.0	42.6%	72	26.5	50.0%	84	26.4	44.0%	56	29.8	66.1%	

図表 39 主治医意見書の診断名による要介護認定の有効月数の違い(C市)

申請の種類		更新申請																					
二次判定の要介護度		要支援1			要支援2			要介護1			要介護2			要介護3			要介護4			要介護5			
主治医意見書の項目	記載内容	該当数	有効月数(平均)	36ヶ月の割合	該当数	有効月数(平均)	36ヶ月の割合	該当数	有効月数(平均)	36ヶ月の割合	該当数	有効月数(平均)	36ヶ月の割合	該当数	有効月数(平均)	36ヶ月の割合	該当数	有効月数(平均)	36ヶ月の割合	該当数	有効月数(平均)	36ヶ月の割合	
全体		58	15.1	0.0%	79	12.3	0.0%	256	12.1	0.0%	173	14.6	0.0%	109	15.7	0.0%	117	20.7	33.3%	89	20.6	33.7%	
1(1) 診断名	①脳血管疾患(脳卒中)	1に記載 1-3に記載 記載なし	5 10 48	16.8 15.6 15.0	0.0% 0.0% 0.0%	6 14 65	12.0 12.9 12.2	0.0% 0.0% 0.0%	32 61 195	12.4 12.2 12.1	0.0% 0.0% 0.0%	31 47 126	15.5 15.6 14.3	0.0% 0.0% 0.0%	17 26 83	15.5 15.7 15.8	0.0% 0.0% 0.0%	29 43 74	21.9 22.3 19.8	37.9% 37.2% 31.1%	23 36 53	21.9 21.7 19.9	39.1% 38.9% 30.2%
	②心疾患(心臓病)	1に記載 1-3に記載 記載なし	1 11 47	24.0 17.5 14.6	0.0% 0.0% 0.0%	3 14 65	12.0 12.0 12.4	0.0% 0.0% 0.0%	17 60 196	12.0 12.2 12.1	0.0% 0.0% 0.0%	4 24 149	15.0 15.0 14.6	0.0% 0.0% 0.0%	7 22 87	17.1 16.9 15.4	0.0% 0.0% 0.0%	7 25 92	22.3 20.2 20.9	42.9% 32.0% 33.7%	5 10 79	19.2 18.0 21.0	20.0% 20.0% 35.4%
	③悪性新生物(がん)	1に記載 1-3に記載 記載なし	3 4 54	6.0 18.0 14.9	0.0% 0.0% 0.0%	5 7 72	14.4 13.7 12.2	0.0% 0.0% 0.0%	4 13 243	12.0 12.0 12.1	0.0% 0.0% 0.0%	6 13 160	14.0 13.8 14.7	0.0% 0.0% 0.0%	2 10 99	12.0 13.2 16.0	0.0% 0.0% 0.0%	2 4 113	18.0 21.0 20.7	0.0% 25.0% 33.6%	2 7 82	12.0 22.3 20.5	0.0% 42.9% 32.9%
	④呼吸器疾患	1に記載 1-3に記載 記載なし	4 4 54	15.0 15.0 15.1	0.0% 0.0% 0.0%	2 7 72	12.0 13.7 12.2	0.0% 0.0% 0.0%	5 18 238	12.0 12.0 12.2	0.0% 0.0% 0.0%	3 9 164	16.0 14.7 14.6	0.0% 0.0% 0.0%	2 13 96	18.0 15.7 15.8	0.0% 0.0% 0.0%	2 9 108	12.0 26.7 20.2	0.0% 55.6% 31.5%	2 6 83	24.0 24.0 20.4	50.0% 50.0% 32.5%
	⑤関節リウマチ	1に記載 1-3に記載 記載なし	2 4 54	24.0 18.0 14.9	0.0% 0.0% 0.0%	4 9 70	12.0 12.0 12.3	0.0% 0.0% 0.0%	4 8 248	12.0 12.0 12.1	0.0% 0.0% 0.0%	6 8 165	16.0 15.0 14.6	0.0% 0.0% 0.0%	0 2 107	- 12.0 15.8	- 0.0% 0.0%	1 3 114	36.0 24.0 20.6	100.0% 33.3% 33.3%	1 2 87	12.0 12.0 20.8	0.0% 0.0% 34.5%
	⑥関節疾患等	1に記載 1-3に記載 記載なし	9 18 40	13.3 15.3 15.0	0.0% 0.0% 0.0%	24 42 37	12.5 12.3 12.3	0.0% 0.0% 0.0%	19 52 204	12.6 12.5 12.1	0.0% 0.0% 0.0%	11 34 139	12.0 14.1 14.8	0.0% 0.0% 0.0%	5 23 86	16.8 15.7 15.8	0.0% 0.0% 0.0%	9 21 96	13.3 20.6 20.8	0.0% 33.3% 33.3%	3 11 78	20.0 19.6 20.8	33.3% 27.3% 34.6%
	⑦認知症(老人性)	1に記載 1-3に記載 記載なし	6 7 51	14.0 13.7 15.3	0.0% 0.0% 0.0%	1 3 76	12.0 12.0 12.3	0.0% 0.0% 0.0%	85 122 134	12.0 12.1 12.2	0.0% 0.0% 0.0%	46 73 100	15.1 15.1 14.3	0.0% 0.0% 0.0%	39 59 50	15.1 16.5 14.9	0.0% 0.0% 0.0%	27 54 63	25.3 20.0 21.3	55.6% 33.3% 33.3%	34 49 40	21.5 22.5 18.3	38.2% 40.8% 25.0%
	⑧認知症(血管性)	1に記載 1-3に記載 記載なし	0 0 58	- - 15.1	- - 0.0%	0 1 78	- 12.0 12.3	- 0.0% 0.0%	1 5 251	12.0 12.0 12.1	0.0% 0.0% 0.0%	1 2 171	12.0 12.0 14.7	0.0% 0.0% 0.0%	1 3 106	12.0 12.0 15.8	0.0% 0.0% 0.0%	3 5 112	24.0 19.2 20.8	33.3% 20.0% 33.9%	1 2 87	12.0 12.0 20.8	0.0% 0.0% 34.5%
	⑨パーキンソン病	1に記載 1-3に記載 記載なし	4 4 54	12.0 12.0 15.3	0.0% 0.0% 0.0%	0 1 78	- 12.0 12.3	- 0.0% 0.0%	5 9 247	12.0 12.0 12.1	0.0% 0.0% 0.0%	8 13 160	16.5 14.8 14.6	0.0% 0.0% 0.0%	1 2 107	24.0 24.0 15.6	0.0% 0.0% 0.0%	7 8 109	18.9 21.0 20.7	28.6% 37.5% 33.0%	4 8 81	24.0 24.0 20.3	50.0% 50.0% 32.1%
	⑩糖尿病	1に記載 1-3に記載 記載なし	5 9 49	14.4 16.0 14.9	0.0% 0.0% 0.0%	5 15 64	12.0 12.8 12.2	0.0% 0.0% 0.0%	12 36 220	12.0 12.0 12.2	0.0% 0.0% 0.0%	5 25 148	12.0 13.9 14.8	0.0% 0.0% 0.0%	5 12 97	16.8 17.0 15.6	0.0% 0.0% 0.0%	3 14 103	16.0 19.7 20.9	0.0% 28.6% 34.0%	1 7 82	12.0 18.9 20.8	0.0% 28.6% 34.1%
	⑪視覚・聴覚障害	1に記載 1-3に記載 記載なし	0 4 54	- 12.0 15.3	- 0.0% 0.0%	0 2 77	- 12.0 12.3	- 0.0% 0.0%	1 7 249	12.0 12.0 12.1	0.0% 0.0% 0.0%	1 11 162	12.0 15.3 14.6	0.0% 0.0% 0.0%	0 5 104	- 16.8 15.7	- 0.0% 0.0%	2 4 113	24.0 18.0 20.8	50.0% 25.0% 33.6%	1 4 85	12.0 18.0 20.8	0.0% 25.0% 34.1%
	⑫骨折・転倒	1に記載 1-3に記載 記載なし	8 14 44	13.5 14.6 15.3	0.0% 0.0% 0.0%	11 19 60	12.0 12.0 12.4	0.0% 0.0% 0.0%	20 51 205	12.0 12.0 12.2	0.0% 0.0% 0.0%	17 42 131	13.4 14.6 14.7	0.0% 0.0% 0.0%	8 21 88	13.5 15.4 15.8	0.0% 0.0% 0.0%	3 20 97	12.0 23.4 20.2	0.0% 45.0% 30.9%	3 22 67	20.0 20.7 20.6	0.0% 36.4% 32.8%
	⑬高血圧疾患	1に記載 1-3に記載 記載なし	7 17 41	17.1 16.2 14.6	0.0% 0.0% 0.0%	7 20 59	12.0 12.6 12.2	0.0% 0.0% 0.0%	22 85 171	12.5 12.3 12.1	0.0% 0.0% 0.0%	13 55 118	14.8 14.6 14.6	0.0% 0.0% 0.0%	7 29 80	20.6 14.9 16.1	0.0% 0.0% 0.0%	6 35 82	26.0 22.3 20.0	50.0% 40.0% 30.5%	3 21 68	20.0 20.6 20.6	33.3% 33.3% 33.8%
	⑭腎疾患	1に記載 1-3に記載 記載なし	0 1 57	- 12.0 15.2	- 0.0% 0.0%	2 4 75	12.0 12.0 12.3	0.0% 0.0% 0.0%	2 16 240	12.0 12.0 12.2	0.0% 0.0% 0.0%	2 7 166	12.0 13.7 14.7	0.0% 0.0% 0.0%	2 3 106	18.0 20.0 15.6	0.0% 0.0% 0.0%	0 1 116	- 36.0 20.6	- 100.0% 32.8%	0 3 86	- 12.0 20.9	- 0.0% 34.9%
	⑮精神疾患	1に記載 1-3に記載 記載なし	0 2 56	- 12.0 15.2	- 0.0% 0.0%	1 2 77	12.0 12.0 12.3	0.0% 0.0% 0.0%	8 22 234	12.0 12.0 12.2	0.0% 0.0% 0.0%	4 12 161	15.0 14.0 14.7	0.0% 0.0% 0.0%	3 7 102	16.0 15.4 15.8	0.0% 0.0% 0.0%	5 10 107	12.0 12.0 21.5	0.0% 0.0% 36.4%	0 8 81	- 21.0 20.6	- 37.5% 33.3%
	⑯その他	1に記載 1-3に記載 記載なし	4 27 31	15.0 15.1 15.1	0.0% 0.0% 0.0%	7 28 51	12.0 12.0 12.5	0.0% 0.0% 0.0%	19 77 179	12.0 12.2 12.1	0.0% 0.0% 0.0%	15 68 105	14.4 14.8 14.5	0.0% 0.0% 0.0%	10 38 71	14.4 15.5 15.9	0.0% 0.0% 0.0%	11 43 74	16.4 17.6 22.5	18.2% 18.6% 41.9%	6 34 55	18.0 19.8 21.2	16.7% 26.5% 38.2%

第7章 結論と課題

1. 調査結果

(1) 保険者による主治医意見書の電子データ化の状況（2019年度老健事業のアンケート結果より）

- オンラインや電子媒体での主治医意見書の受付を行っている保険者は1%に満たず、OCR用紙での受付を行っている保険者も、半分に満たない。これに対して約90%の保険者がOCR用紙以外の紙媒体で受付を行っていることから、主治医意見書を、データ分析に適したテキストデータ化するためには、大半の保険者が、「全件を手入力する」あるいは、「OCR用紙で提出された主治医意見書のみ、可能な項目を機械読み取りにより電子化し、残りの項目やOCR用紙以外で提出された主治医意見書は手入力する」といった作業を要する状態にあると考えられる。
- 文章による項目をテキストデータ化しているのは、「1(1)診断名」を除くといずれも7%程度にとどまる。文章による項目を用いた簡素化ロジックの作成には、「データを提供いただく保険者の確保」に加えて、「作成した簡素化ロジックを適用可能な保険者がきわめて限られる」という課題があるものと考えられる。
- 「審査の省力化や効率化のための電子データの活用」「地域の被保険者の実態把握等を目的とした主治医意見書データの収集・統計化」「介護認定審査会の判断材料となる知見を得るための主治医意見書データの解析」「ケアプラン作成の参考となる知見を得るための主治医意見書データの解析」といった主治医意見書の電子データの活用について、90%以上の保険者は、実行・検討ともに行っていない。また、主治医意見書のテキストデータ化を行わない最大の理由は、「入力のための手間や予算の捻出が難しい」ことにある。今後、主治医意見書のデータ活用を拓げるためには、作成・提出段階でのテキストデータ化など、「より手間のかからない」テキストデータ化の仕組みを構築する必要がある。

(2) 介護認定審査会委員からみた主治医意見書の語句・文章による記載欄の「選択肢化」の効果（2019年度老健事業結果の再分析）

- 主治医意見書の語句・文章による記載欄のうち、「1(1)診断名及び1(2)症状としての安定性」「3(4)その他の精神・神経症状」「4.生活機能とサービスに関する意見」の3つについては、過半数の介護認定審査会委員が、「選択肢化が記載の標準化や負担軽減につながる」と回答した。このような回答傾向は、医師資格を有する審査会委員と、医師以外の審査会委員との間で、概ね同じであった。
- 上記の項目について、医師資格を有する審査会委員からの自由回答を見ると、「選択肢化」の効果としては、記載負担の軽減と併せ、記載の標準化について述べた回答が多く寄せられていた。

(3) 主治医意見書の語句・文章による記載項目において登場頻度の高い語句

- 「1(1)診断名」の3つの記載欄に登場する傷病名をみると、最も出現頻度が高いものは「認知症」(40.0%)であり、そのうち約65%が「アルツハイマー型認知症」であった。このほか、出現率が相対的に高いのは、「高血圧(症)」、「骨折」(腰椎等の圧迫骨折の記入が多い)、「糖尿病」等であった。

- 「1(2)症状としての安定性」は、選択肢において「不安定」を選択した意見書のうち、36.4%において、「認知症の進行」に関する記載があった。
- 「4(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項」の各記載欄に登場する留意事項についてみると、「移動」の欄で「転倒リスク・注意」について書かれたものが50%超、「運動」の欄で「転倒リスク・注意」について書かれたものや、「血圧」の欄で「服薬確認」について書かれたものが25%超にのぼる。いずれの欄も、5 つ程度の語句を挙げると、いずれにも当てはまらない(「その他」に計上される)記載の意見書は全体の10%に満たず、記載内容は、ある程度パターン化されているものと考えられる。

(4) 主治医意見書のチェック内容と二次判定における要介護度引き上げとの関係

- 分析対象とした2保険者(A 広域連合及び B 市)のうち、件数の多い保険者の主治医意見書のデータから、特に「3(3)認知症の行動・心理症状(BPSD)」の大半の項目について、「主治医意見書に症状がある旨のチェックがあるケース」や、「認定調査票よりも主治医意見書の判断の方が重度であるケース」が、そうでないケースに比べて、二次判定の引き上がり率が有意に高いという結論を得た。
- このような有意な結果を得られたのは、「一次判定:要支援1 → 二次判定:要支援 2 以上」「一次判定:要支援 2・要介護 1 → 二次判定:要介護 2 以上」「一次判定:要介護 2 → 二次判定:要介護 3 以上」の引き上がり率についてであった。

(5) 主治医意見書のチェック内容と認定期間月数との関係

- 取得できたデータ項目の関係上、1 保険者(B 市)について「チェックボックス項目と認定期間の長さとの関係」を分析し、別の 1 保険者(C 市)について「傷病カテゴリと認定期間の長さとの関係」を分析した。
- その結果、いずれについても、要介護度ごとに有効期間の長さや36ヶ月の設定割合の大小が逆転する等、「チェックの有無や傷病の種類により、有効期間が長く/短く設定される」という明確な傾向を示すものは得られなかった。

2. 主治医意見書の作成の効率化等に向けた取組課題

(1) 現状認識

① 介護保険制度に係る動向

- 2021 年度より、通所・訪問リハビリテーションに関するデータ収集システム(通称"VISIT")、高齢者の状態やケアの内容等に関するデータ収集システム(通称"CHASE")を一体的に運用する観点から、科学的介護情報システム(Long-term care Information system For Evidence; LIFE)が開始された。
- 併せて、2021 年度介護報酬改定では、「科学的介護推進体制加算」が創設されるなど、VISIT や CASE へのデータ提出を促し、そのフィードバックの活用による PDCA サイクルを機能させ、自立支援や重度化防止に向けたケアの質の向上を図る「科学的介護」に向けた取組が、推進されているところである。

② 要介護認定に係る状況

- 介護保険制度施行から 20 年以上が経過し、要介護認定制度への理解は進み、各地で運用も確立されてきた一方、依然として事務負担の大きさが指摘されている。
- 後期高齢者数の増加に伴い、要介護認定者数は今後も大幅な増加が見込まれる中で、現時点ですでに事務負担の大きさが指摘されている認定事務の省力化は、審査会事務局、認定調査員、主治医の 3者のいずれにとっても急務といえる。

(2) 要介護認定の効率化に向けた取組課題

① 主治医意見書の作成の「選択肢化」に関する取組課題

- 主治医意見書のうち、相対的に記載の負担が大きいのは、語句や文章による記載欄であると考えられる。このような記載欄については、登場頻度の高い語句をあらかじめ選択肢として取り込むか、情報端末上のプルダウン項目として取り込む等の方法によって、作成負担がわずかながらも軽減され、また記載内容の標準化につながるものと考えられる。
- 「1(1)診断名」の欄における「(特にアルツハイマー型)認知症」「高血圧(症)」「(特に腰椎等の圧迫)骨折」「糖尿病」、 「1(2)症状としての安定性—不安定」の欄における「認知症の進行」は、登場頻度が高い語句といえる。また、「4(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項」の各記載欄の留意事項の欄については、いずれの欄も、5 つ程度の語句を選択肢化すれば、全体の 90%強の記述をカバーできると考えられる。これらの語句については、今後、選択肢化の検討対象とすることが考えられる。但し、いずれについても、語句や文章による記載欄を残し、選択肢のどれにも当てはまらない場合に対応することが必要であると考えられる。
- なお、現在の主治医意見書は、紙媒体での提出を想定した、A3 サイズに収まる様式として設計されている。上記の「選択肢化」を行うにあたり、選択肢を紙面に掲載すると、現在の A3 サイズでは収まら

なくなる可能性が大きい。紙面による制約を受けずに、上記の「選択肢化」を行うにあたっては、主治医意見書を電子的に作成する仕組みが必要であると考えられる。

② 主治医意見書の項目の削除の検討の方向性

- 主治医意見書等の作成負担を軽減させる 1 つの方策として、認定調査票と主治医意見書で同一ないしは類似の項目のどちらかを削除する、二次判定に与える影響が相対的に小さい項目は削除する等の方策が考えられる。一方で、「二次判定に与える影響が大きい」項目を、データ等から分析することは可能であっても、「影響が小さい」項目を抽出することは、一般に困難であると考えられる。
- 本調査分析においては、「二次判定に与える影響が大きい(可能性が高い)」項目として、特に主治医意見書の「3(3)認知症の行動・心理症状(BPSD)」の各項目が挙げられる、との結論を得た。
- ここから得られる結論としては、仮に一部の項目の削除による主治医意見書の作成負担の軽減を図るとしても、「3(3)認知症の行動・心理症状(BPSD)」は、主治医意見書に残しておくべき項目である、というものである。
- 今後、削除を検討する項目を見出すにあたっては、上記のような「主治医意見書に残しておくべき項目」以外のどの項目を削除対象とするかについて、主治医・認定審査会委員・介護支援専門員等の主治医意見書の「書き手」「使い手」双方の意見を踏まえ、項目としての必要性や作成にかかる業務負担の大きさ等について比較考量し、慎重に調整を行う必要があると考えられる。

③ 主治医意見書や認定調査票の電子化に向けた今後の取組課題

- 全国一律・客観的な基準により行われる要介護認定審査の判断材料として用いられる主治医意見書や認定調査票の記載内容は、科学的介護への寄与の観点から、重要な役割を果たしうる可能性を持つと考えられる。
- 一方で、大半の保険者は、主治医意見書や認定調査票のうち、一次判定使用項目などの業務上必要な項目に限って電子データ化を行っている。現行の仕組みにおいて、これ以外の項目を実際に活用するためには、「紙媒体から入力する項目を増やす」という新たな業務負担が生ずることとなる。
- このような状況を打開するには、主治医意見書や認定調査票を作成段階から電子化し、電子データとして共有・蓄積する仕組みが必要となるものと考えられる。また、これが行われれば、主治医意見書や認定調査票のデータの科学的介護への活用や、認定審査会の資料準備やケアプラン作成も含めた事務の効率化にもつながるものと考えられる。
- 主治医意見書を電子的に作成する仕組みの導入にあたっては、現状で多くの主治医意見書が、電子カルテシステム等の他の情報システムと連携した様々な既存のソフトウェアを用いて作成されていることに留意を要する。電子的に作成する仕組みを導入した結果、例えば、現状で連携がとられている電子カルテシステムと切り離され、電子カルテ上の情報をあらためて入力する必要が生ずることは避ける必要がある。
- 現在、国の様々な検討の場において、PHR(パーソナル・ヘルス・レコード)の活用や医療・介護等の情報連携基盤の在り方、電子カルテの標準化等について議論が行われている。今後は、主治医意見書や認定調査票を、PHR の一部をなすものとして位置づけ、他の情報システムとの互換性を持たせつ

つ、低い業務負担量でこれを電子的に作成・共有・蓄積し、データを活用する仕組みが重要となるものと考えられる。

附属資料 介護認定審査会委員向けアンケート調査(B 調査)の調査内容

(2019 年度「要介護認定における特記事項や主治医意見書の活用実態の把握のための調査研究事業」にて実施)

本調査はWEB調査にてご回答をお願い申し上げます。

要介護認定調査票、主治医意見書の「特記事項」に関するアンケート調査
(B調査)

◆ あなたが保有する資格についてご回答ください。(複数回答)

保有資格	<input type="checkbox"/> 1.医師 <input type="checkbox"/> 2.歯科医師 <input type="checkbox"/> 3.薬剤師 <input type="checkbox"/> 4.保健師 <input type="checkbox"/> 5.助産師 <input type="checkbox"/> 6.看護師 <input type="checkbox"/> 7.准看護師 <input type="checkbox"/> 8.理学療法士 <input type="checkbox"/> 9.作業療法士 <input type="checkbox"/> 10.言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 11.社会福祉士 <input type="checkbox"/> 12.介護福祉士 <input type="checkbox"/> 13.管理栄養士 <input type="checkbox"/> 14.栄養士 <input type="checkbox"/> 15.精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 16.介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 17.その他の医療・福祉分野の公的な資格 () <input type="checkbox"/> 18.医療・福祉分野の公的な資格なし (都道府県等による認定調査員研修のみ)
------	--

① 要介護認定調査票の「特記事項」等の自由記述欄について、よく記載される情報を「選択肢化」することは、記入の標準化や負担軽減につながるとお考えですか。

※「選択肢化」とは、自由記述欄の記入のめれ・ばらつきを少なくするなどの「標準化」や、記載頻度が高い内容を逐一文章で書くことを避ける「負担軽減」のために、選択肢を設けたり、プルダウンメニューによる回答の選択を可能とすることを指します。選択肢で書ききれない内容は、従来通りの自由記述も可能であると想定してご回答ください。

<input type="radio"/> 標準化や負担軽減につながる	<input type="radio"/> 「つながらない」	<input type="radio"/> わからない
-------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

② 上記①の設問で選択肢を選ばれた理由、考え得る効果的な「選択肢化」の内容等について、ご記入ください。

理由、「選択肢化」の内容等

要介護認定調査票の各項目について、似たような内容が記載されやすいなど、特記事項の「選択肢化」が可能と感じる項目を選択してください。(複数回答)

第1群 身体機能・起居動作		
	1-1	麻痺等の有無 (左上肢、右上肢、左下肢、右下肢、その他 (四肢の欠損))
	1-2	拘縮の有無 (肩関節、股関節、膝関節、その他 (四肢の欠損))
	1-3	寝返り
	1-4	起き上がり
	1-5	座位保持
	1-6	両足での立位保持
	1-7	歩行
	1-8	立ち上がり
	1-9	片足での立位
	1-10	洗身
	1-11	つめ切り
	1-12	視力
	1-13	聴力

第2群 生活機能		
	2-1	移乗
	2-2	移動
	2-3	えん下
	2-4	食事摂取
	2-5	排尿
	2-6	排便
	2-7	口腔清潔
	2-8	洗顔
	2-9	整髪
	2-10	上衣の着脱
	2-11	ズボン等の着脱
	2-12	外出頻度
第3群 認知機能		
	3-1	意思の伝達
	3-2	毎日の日課を理解
	3-3	生年月日や年齢を言う
	3-4	短期記憶
	3-5	自分の名前を言う
	3-6	今の季節を理解する
	3-7	場所の理解
	3-8	徘徊
	3-9	外出すると戻れない
第4群 精神・行動障害		
	4-1	物を盗られたなどと被害的になる
	4-2	作話
	4-3	泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる
	4-4	昼夜の逆転がある
	4-5	しつこく同じ話をする
	4-6	大声をだす
	4-7	介護に抵抗する
	4-8	「家に帰る」等と言い落ち着きがない
	4-9	一人で外に出たがり目が離せない
	4-10	いろいろなものを集めたり、無断でもってくる
	4-11	物を壊したり、衣類を破いたりする
	4-12	ひどい物忘れ
	4-13	意味もなく独り言や独り笑いをする
	4-14	自分勝手に行動する
	4-15	話がまとまらず、会話にならない
第5群 社会生活への適応		
	5-1	薬の内服
	5-2	金銭の管理
	5-3	日常の意思決定
	5-4	集団への不適応
	5-5	買い物
	5-6	簡単な調理

③ 主治医意見書のうち「1 傷病に関する意見」の「(1)診断名」や「(2)症状としての安定性」の自由記述欄について、よく記載される情報を「選択肢化」することは、記入の標準化や負担軽減につながるとお考えですか。

※「選択肢化」とは、自由記述欄の記入のもれ・ばらつきを少なくするなどの「標準化」や、記載頻度が高い内容を逐一文章で書くことを避ける「負担軽減」のために、選択肢を設けたり、プルダウンメニューによる回答の選択を可能とすることを指します。選択肢で書ききれない内容は、従来通りの自由記述も可能であると想定してご回答ください。

標準化や負担軽減に「つながる」 「つながらない」 わからない

④ 上記③の設問で選ばれた選択肢について、その理由等について、ご記入ください。

理由

⑤ 主治医意見書のうち「1 傷病に関する意見」の「(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」の自由記述欄について、よく記載される情報を「選択肢化」することは、記入の標準化や負担軽減につながるとお考えですか。

※「選択肢化」とは、自由記述欄の記入のもれ・ばらつきを少なくするなどの「標準化」や、記載頻度が高い内容を逐一文章で書くことを避ける「負担軽減」のために、選択肢を設けたり、プルダウンメニューによる回答の選択を可能とすることを指します。選択肢で書ききれない内容は、従来通りの自由記述も可能であると想定してご回答ください。

標準化や負担軽減に「つながる」 「つながらない」 わからない

⑥ 上記⑤の設問で選ばれた選択肢について、その理由等について、ご記入ください。

理由

⑦ 主治医意見書のうち「3 心身の状態に関する意見」の「(4)その他の精神・神経症状」の自由記述欄について、よく記載される情報を「選択肢化」することは、記入の標準化や負担軽減につながるとお考えですか。

※「選択肢化」とは、自由記述欄の記入のもれ・ばらつきを少なくするなどの「標準化」や、記載頻度が高い内容を逐一文章で書くことを避ける「負担軽減」のために、選択肢を設けたり、プルダウンメニューによる回答の選択を可能とすることを指します。選択肢で書ききれない内容は、従来通りの自由記述も可能であると想定してご回答ください。

標準化や負担軽減に「つながる」 「つながらない」 わからない

⑧ 上記⑦の設問で選ばれた選択肢について、その理由等について、ご記入ください。

理由

⑨ 主治医意見書のうち「4 生活機能とサービスに関する意見」の自由記述欄について、よく記載される情報を「選択肢化」することは、記入の標準化や負担軽減につながるとお考えですか。

※「選択肢化」とは、自由記述欄の記入のもれ・ばらつきを少なくするなどの「標準化」や、記載頻度が高い内容を逐一文章で書くことを避ける「負担軽減」のために、選択肢を設けたり、プルダウンメニューによる回答の選択を可能とすることを指します。選択肢で書ききれない内容は、従来通りの自由記述も可能であると想定してご回答ください。

標準化や負担軽減につながる 「つながらない」 わからない

⑩ 上記⑨の設問で選ばれた選択肢について、その理由等について、ご記入ください。

理由

⑪ 主治医意見書のうち「5 特記すべき事項」について、よく記載される情報を「選択肢化」することは、記入の標準化や負担軽減につながるとお考えですか。

※「選択肢化」とは、自由記述欄の記入のもれ・ばらつきを少なくするなどの「標準化」や、記載頻度が高い内容を逐一文章で書くことを避ける「負担軽減」のために、選択肢を設けたり、プルダウンメニューによる回答の選択を可能とすることを指します。選択肢で書ききれない内容は、従来通りの自由記述も可能であると想定してご回答ください。

標準化や負担軽減につながる 「つながらない」 わからない

⑫ 上記⑪の設問で選ばれた選択肢について、その理由等について、ご記入ください。

理由